TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr Ed. SCHWARTZ

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL COCHIN

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN
—
1907

TITRES SCIENTIFIQUES ET FONCTIONS

1871-1872. — Aide de chimie à la Faculté libre de médecine de Strasbourg.
1873. — Externe des hôpitaux de Paris.
1874. — Interne des hôpitaux de Paris.
1876. — Lauréat de l'Internat (accessit).
1876. — Prosecteur de l'Amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
1878. — Docteur en médecine.
1879. — Médaille de bronze Faculté de médecine.
1881. — Chirurgien du Bureau central des hôpitaux.
1886. — Agrégé de la Faculté de médecine. 1er de la section de pathologie externe.
1889. — Chirurgien de l'hospice de Bicêtre.
1890. — Chirurgien de la Maison municipale de santé.
1891. — Chirurgien de l'hôpital Cochin.
1895. — Chargé de cours de clinique chirurgicale annexe.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre titulaire de la Société anatomique.
Vice-président de la Société anatomique.
Membre de Société de chirurgie de Paris.
Président de la Société de chirurgie.
Président de la Société médico-pratique, Président de la Société médico chirurgicale.
Membre de la Société de gynécologie, de pædiatrie et d'obstétrique de Paris.
Membre et président de la Société des médecins du VIe arrondissement.
Membre correspondant de la Société impériale de chirurgie de Moscou.
Membre de la Société de chirurgie de Bukarest.
Membre de la Société internationale de chirurgie.
Membre du Comité de la Section de chirurgie générale (Congrès international de médecine, 1900).
Membre du Comité de l'Association française de chirurgie.

DISTINCTIONS

Mention honorable. Prix Laborie. — Académie de médecine, 1895.
Chevalier de la légion d'honneur, janvier 1897.
Officier d'Académie, juillet 1903.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE. PATHOLOGIE.

Collaboration au *Nouveau dictionnaire pratique de médecine et de chirurgie*, t. XXVI à XXXVIII (1880-1885).

Articles : Parotide, Poplité, Pubis, Synoviales, Tendons, Utérus, Veines.

Recherches anatomiques et cliniques sur les gaines synoviales de la face palmaire de la main.

(Thèse de Doctorat, Paris, 1878.)

Recherches anatomiques sur le cul-de-sac sous tricipital du genou.

(*Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, 1879.)

II

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES GÉNÉRALES

Des coïncidences en chirurgie. Diagnostic et indications opératoires.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 579, 1892.)

Applications des rayons de Röntgen à la Chirurgie.

(*Presse médicale*, p. 181, 1896.)

Il s'agit d'une des premières observations d'application de la radiographie à la découverte des corps étrangers. C'est à ce point de vue qu'elle est intéressante. La radiographie faite par le professeur Chappuis, de l'École centrale, a montré, chez une dame, un fragment d'aiguille resté dans la paume de la main et ne donnant lieu à aucun symptôme pénible ou douloureux. Ces faits sont actuellement légion, et nous n'y insisterons pas davantage.

La pratique de l'asepsie et de l'antisepsie en chirurgie.

(J.-B. Baillière et fils, Paris, 1 vol. in-12, 388 pages, 1894.)

De l'asepsie opératoire ; de la stérilisation des mains.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, p. 467 et 578, 1904.)

L'asepsie opératoire des mains est un des facteurs les plus importants pour le chirurgien. Depuis que nous pratiquons l'asepsie, nous avons toujours cherché à faire pour le mieux dans ce sens.

Nous avons institué dans notre service des expériences de concert avec le docteur Marmorek pour explorer la stérilité de nos mains. Celui-ci a reconnu, étant donnée notre habitude de nous tremper souvent les mains dans une solu-

tion de sublimé à 1 p. 1 000 pendant l'opération, que la stérilisation des mains était meilleure à mesure qu'on avançait dans l'opération, faits en contradiction avec ce qui a été observé par d'autres de nos collègues en particulier par Auguste Reverdin. Nous sommes partisans des gants de caoutchouc en tant que nous avons à toucher à des foyers infectés. Notre conviction est qu'il faut, étant donnée la difficulté de l'asepsie des mains, les souiller le moins possible et éviter autant que possible leur contamination. Dans notre service, tous les pansements et les opérations sur les infectés sont pratiqués avec les mains gantées de gants de caoutchouc. En asepsie, terminons-nous, le commencement de la sagesse est de s'infecter le moins possible.

De l'hémostase au point de vue aseptique et antiseptique.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 561, 1894).

Dans cette leçon, faite à l'hôpital Cochin, nous passons en revue les différents procédés d'hémostase soit pendant les opérations, soit pour des plaies accidentelles. Les ligatures au catgut, à la soie, avec un fil quelconque préalablement stérilisé, puis la torsion, la forcipressure sont successivement étudiées.

L'hémostase par la thermocautérisation, par les tamponnements aseptiques ou antiseptiques est de mise quand on ne peut faire autrement.

Nous combattons de toutes nos forces le perchlorure de fer, dont nous avons souvent vu les effets désastreux par l'irritation qu'il provoque.

Des infections chirurgicales.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 371, 1893.)

De l'administration du chloroforme, ses accidents; leur traitement.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 425, 437, 472, 489, 517, 1889.)

Nous avons étudié dans cette série d'articles tout ce qui concerne la chloroformisation par le procédé goutte à goutte, de notre maître le docteur L. Labbé.

Il est certain qu'il est, parmi les procédés usuels, celui qui met le plus à l'abri des accidents graves de la chloroformisation.

Malgré tout cependant il faut bien connaître ces derniers, savoir comment les prévenir et les traiter.

Discussion sur la chloroformisation.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, p. 168, 1902; p. 265, 1902.)

A propos d'un cas de mort par le chloroforme rapporté par notre collègue Poirrier, une discussion s'engagea sur les accidents de la chloroformisation, sur les indications à remplir pour les prévenir et les traiter, sur leur fréquence relatée par les statistiques de nos services hospitaliers.

Je compte une mort sur près de 10 000 chloroformisations. J'ai eu à côté de cela 3 morts sous le chloroforme, mais avec la conviction que ce dernier n'en a pas été la cause immédiate (malades à étranglements, à surcharge graisseuse, etc.). Je crois qu'il faut pour donner le chloroforme un aide expérimenté dont l'attention soit tout entière à la chloroformisation. Je ne vois qu'une seule contre-indication absolue à l'anesthésie par le chloroforme, c'est l'hypothermie.

De l'anesthésie locale par les injections de cocaïne.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 620, 1890.)

De la rachicocaïnisation.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, p. 509, 585, 1901.)

De l'analgésie par rachicocaïnisation.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, Paris, p. 313, 1901.)

Voici quelles furent nos conclusions sur la rachicocaïnisation en chirurgie. Nous la croyons une méthode d'anesthésie digne de figurer à côté des autres modes d'anesthésie; mais nous préférons le chloroforme et l'éther, et nous ne l'emploierons pas comme méthode de choix, l'anesthésie générale restant toujours pour nous la vraie anesthésie chirurgicale.

Des paralysies post-anesthésiques.

(*Congrès français de Chirurgie*, p. 688, 1897.)

Les paralysies qui apparaissent consécutivement à l'anesthésie générale par le chloroforme et l'éther ont été peu étudiées chez nous. C'est ce qui m'a

engagé, ayant eu un cas net de paralysie post-anesthésique, à étudier cette question et à l'exposer au Congrès de chirurgie.

Les paralysies observées après le réveil de l'opéré avec l'anesthésie générale par l'éther et le chloroforme se divisent en trois catégories.

Dans une première se rangent celles qui tiennent ou paraissent tenir certainement à des phénomènes de compression du côté du plexus brachial (tiraillements ou compression par position forcée ou prolongée).

Dans une seconde catégorie nous rangerons les paralysies toujours du membre supérieur, où il est impossible ou difficile de penser à une lésion périphérique; elles forment comme l'intermédiaire entre la première et la troisième catégorie où les paralysies se montrent aussi bien sur le membre inférieur que sur le supérieur, se manifestent sous forme d'hémiplégies, et sont certainement centrales.

L'observation que je rapporte concerne un homme atteint de hernie inguinale auquel je pratiquai la cure radicale. Après le réveil après une alerte qui nécessita trois minutes de respiration artificielle, l'opéré présenta une paralysie du long fléchisseur du pouce et de l'index et du triceps crural du même côté. Il guérit parfaitement au bout de cinq mois après des séances de massage et d'électricité.

Il est probable que ces paralysies centrales doivent être mises sur le compte des troubles circulatoires auxquels prédisposeraient des lésions vasculaires.

Il faut aussi tenir compte de l'hystérie et de la possibilité des paralysies toxiques.

De l'influence des traumatismes sur les diathèses.

(*Revue de Chirurgie*, p. 821, 1884.)

En rapportant deux observations, l'une de cancer du sein, l'autre de sarcome du testicule, terminées très rapidement après l'opération par généralisation et mort, nous avons voulu ajouter aux faits si nombreux colligés par le professeur Verneuil et son école, un nouvel appoint montrant l'influence du traumatisme sur les diathèses. Il est certain que le traumatisme a donné comme un coup de fouet à des lésions jusque-là latentes (cancer secondaire du foie d'un côté, cancer des ganglions lombaires de l'autre). Malheureusement si un enseignement peut en être tiré au point de vue pronostic, il nous est impossible d'en déduire quoi que ce soit au point de vue des indications.

Syphilome d'un diagnostic difficile.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 675, 1892.)

Faits de mort rapide après des interventions pour tuberculoses locales.

(*Congrès français de Chirurgie*, p. 178, 1890.)

Traumatisme et kystes hydatiques.

(*Archives générales de Médecine*, p. 605, 1884.)

Les thèses de Boncour et de Danlos (Paris, 1878-1879), de Duvernoy (Paris, 1879), contiennent un certain nombre de faits sur lesquels il est presque impossible d'émettre le moindre doute au sujet du rapport du traumatisme avec l'origine du kyste hydatique. Kirmisson vient à nouveau d'y insister (*Archives générales de Médecine*, novembre 1883).

Nous apportons une nouvelle observation confirmant nettement l'action du trauma sur la localisation de l'hydatide. Il s'agissait d'un kyste hydatique développé dans les muscles de la région externe de la cuisse à la suite d'un violent coup de pied de cheval.

Cancer généralisé à une partie des organes abdominaux et pelviens. Méningite secondaire.

(*Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, p. 778, 1874.)

Sur l'origine équine du tétanos.

(*Bulletins de la Société médico-pratique*, Paris, p. 301, 1886.)

Sur quelques formes rares de tétanos. Tétanos céphalique; trismus hémiplégique.

(*Revue de Chirurgie*, p. 44, 1888, en collaboration avec le Dr Terrillon.)

A propos d'un fait communiqué par l'un de nous à la Société de chirurgie (mars 1887), et intitulé « Tétanos céphalique chronique caractérisé par une contracture localisée aux élévateurs de la mâchoire inférieure des deux côtés et aux muscles de la face d'un seul côté, simulant au début une paralysie faciale », nous avons recherché les faits analogues qui tous présentent deux

points de ressemblance communs : 1° la cause de l'affection qui était toujours une plaie de tête; 2° un symptôme, une paralysie faciale du côté où siégeait la plaie avec ou sans contracture des muscles paralysés.

Sur 18 cas, 12 sont morts, 6 ont guéri.

Les formes chroniques donnent une mortalité bien moindre que les formes aiguës, que le tétanos reste limité aux muscles de la tête ou s'étende à tous les autres muscles.

Tétanos traumatique. Amputation de jambe. Injections de sérum antitétanique (Guérison. Discussion).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 498, 1898.)

De la pathogénie et du traitement du tétanos.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 234, 1893.)

Des injections massives intraveineuses de sérum, après les hémorragies opératoires ou accidentelles.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 804, 1896.)

Dans cette leçon nous préconisons les injections intraveineuses de sérum artificiel dans les cas d'hémorragies post-traumatiques ou post-opératoires graves. A propos de deux cas d'anémie aiguë post-opératoire, nous montrons minutieusement quelle doit être la technique suivie, à quelles doses le sérum peut être injecté, les réactions qui suivent l'injection, tout en rappelant qu'elle ne doit pas nous faire négliger les autres moyens tels que les injections d'éther, d'huile camphrée, de caféine, le réchauffement des blessés et opérés, l'usage des boissons chaudes et stimulantes.

Quelques considérations sur la réunion des plaies, et le traitement des kystes par le drainage et l'injection iodée.

(*Gazette des Hôpitaux*, n° 53, p. 722, 747, 1874.)

De la suppression du drainage dans le pansement des plaies chirurgicales.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 355, 1889.)

A propos d'une communication de notre collègue le docteur Jules Bœckel, sur la réunion sans drainage des résections du genou, nous donnons notre

manière de faire, qui consiste à ne pas faire le drainage toutes les fois que l'on peut être sûr autant que possible de l'asepsie d'une plaie opératoire non anfractueuse.

Il vaut toujours mieux drainer quand on a la moindre arrière-pensée. Jamais un drain bien placé n'a fait de mal tandis que l'absence de drainage peut amener des complications graves.

Du traitement des abcès chauds par l'incision et le drainage antiseptique.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 63, 1887.)

Abcès tuberculeux.

(*Journal des Praticiens*, p. 385, 1894.)

Du pansement des plaies et des ulcérations tuberculeuses par le naphtol camphré.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 703, 1889.)

Traitement de la tuberculose des os, des articulations et des synoviales tendineuses (naphtol camphré).

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 405, 1890.)

Traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé.

(*Bulletins et Mémoires de la Société médico-pratique*, Paris, p. 99, 1887.)

Des ostéites typhoïdiques.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 367, 1889.)

A l'occasion de deux cas d'ostéites post-typhoïdiques observés par nous, l'un au niveau de la rotule, l'autre après une typhoïde grave, sur le sternum, les tibias, le radius et le cubitus, nous avons recueilli les principales données sur cette lésion ordinairement tardive produite par le bacille d'Eberth.

Au point de vue clinique, ce qui frappe c'est généralement les localisations osseuses sur les os des membres et en particulier du membre inférieur, puis viennent les os du crâne et de la face, puis ceux du membre supérieur et enfin ceux du tronc. Une de nos observations concerne des lésions multiples des membres et une ostéite très étendue avec nécrose de sternum. Générale-

ment les accidents évoluent d'une façon bénigne, mais très lentement. Ce n'est que le voisinage d'organes importants qui puisse amener des complications graves. La terminaison se fait souvent par fistule et élimination de séquestres que l'on enlèvera si la guérison se fait attendre ou si la suppuration risque de s'étendre.

Quelques remarques sur la trépanation des os dans quelques cas d'ostéopériostite diffuse chez l'adolescent.

(*Revue de Chirurgie*, Paris, p. 357, 1883.)

Des tumeurs des os.

Nouveau Dictionnaire pratique de Médecine et de Chirurgie [J.-B. BAILLIÈRE], t. XXV, 1879.)

Des ostéosarcomes des membres.

(Thèse d'agrégation, Paris, 1880.)

Du traitement des plaies des grandes articulations.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 374, 1892.)

Arthrites suppurées et arthrotomie.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 151, 1887.)

La mobilisation des ankyloses blennorragiques.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 401, 1896.)

Prenant pour thème une communication de M. le docteur Delorme à la Société de chirurgie, nous discutons cette grave question de thérapeutique chirurgicale. En résumé, l'arthrite blennorragique est une arthrite souvent ankylosante; souvent encore la chirurgie ne pourra faire autrement que d'obtenir une ankylose en bonne position; cette terminaison est heureusement modifiée par l'arthrotomie et le lavage antiseptique : il est enfin des cas où les mouvements peuvent être rétablis, grâce à la patience du malade, à la douceur, au tact, à la persévérance du chirurgien, mais il ne faut pas croire que toujours l'on arrivera à un si bon résultat.

Du traitement des épanchements sanguins intraarticulaires.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 426, 1887.)

Dans cet article, nous recommandons, pour les gros épanchements sanguins non susceptibles de résorption rapide et spontanée, la ponction de l'articulation puis son immobilisation avec compression ouatée.

Toutefois, le point essentiel, c'est l'asepsie parfaite de l'intervention; il faut, surtout chez les sujets à peau encrassée, décrasser les téguments et cela d'une façon très minutieuse, de façon à n'avoir aucun accident de par la ponction. C'est à cette seule condition qu'elle est permise, avec toutes les précautions bien entendu comme instrumentation aseptique et asepsie de l'opérateur.

Synovite à grains riziformes. Incision antiseptique (Guérison).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 470, 1883.)

Ténotomie.

(*Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, Paris, t. XXXV, 1883.)

Pathologie chirurgicale des veines.

(*Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, p. 664, 1885.)

Pathologie chirurgicale des veines.

(*Traité de Pathologie et de Thérapeutique chirurgicales* Le Dentu et Delbet, t. IV, 1897.)

Traitement chirurgical des varices.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 22, 1899.)

Dans cette leçon, j'expose d'une façon résumée les principales formes cliniques de varices des membres inférieurs, depuis la dilatation serpentine avec ou sans insuffisance valvulaire jusqu'aux varices cyanotiques.

J'expose ensuite les différentes opérations qui conviennent à chaque cas en montrant tout d'abord l'importance du traitement hygiénique et orthopédique par les bas à varices et l'hydrothérapie, etc.

Les principales interventions sont :

1° La ligature étagée avec résections de tronçons veineux;

2° La ligature étagée avec résections de paquets variqueux;

3° La ligature étagée combinée avec l'excision des paquets variqueux et de larges lambeaux cutanés, de façon, après réunion, à obtenir un vrai bas élastique naturel.

On ne doit pas opérer les varices de la femme enceinte ni celles qui sont symptomatiques d'une affection de l'abdomen, ni les varices dites cyanotiques.

Du traitement des varices par les ligatures étagées de la veine saphène interne et l'extirpation.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 65, 1888.)

Il s'agit là d'un de mes premiers mémoires sur le traitement des varices par les ligatures étagées de la veine saphène interne avec extirpation des paquets variqueux douloureux.

Ces interventions sont absolument indiquées sur les sujets encore jeunes, quand les moyens ordinairement préconisés auront été reconnus insuffisants.

Trois observations viennent à l'appui de notre manière de voir.

Cure radicale des varices et des ulcères variqueux.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 705, 731, 1891.)

A propos d'un rapport de notre collègue Quénu sur une observation de M. le docteur Cerné, « Cure radicale des varices contre les ulcères de jambe », nous avons pris la parole pour défendre les interventions sanglantes contre les varices des membres inférieurs dans les cas d'ulcères de jambe rebelles et récidivants.

Nous n'avons fait qu'accentuer notre manière de faire dans ce sens depuis, et nous pouvons affirmer que, dans un grand nombre de cas, l'évolution et la marche des troubles trophiques dont l'ulcère n'est qu'une manifestation, sont heureusement influencées par les interventions sanglantes dirigées contre les varices : ligatures étagées et extirpations.

Cure opératoire et thérapeutique des varices par les ligatures multiples et l'excision.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 337, 1893.)

Nous insistons dans cette leçon sur le traitement opératoire des varices par les résections veineuses et les ligatures étagées. Nous rapportons une

observation, datant de 1885, qui nous a montré un très bon résultat de cette manière de faire, même incomplètement employée.

Nous insistons sur les heureux effets de l'intervention sur les ulcères variqueux, leur cicatrisation et surtout leur non-reproduction.

D'ailleurs nous renvoyions à la Thèse de Charrade (Paris, 1893) pour les résultats connus de notre pratique.

Cure radicale des varices.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 152, 1895.)

Traitement des varices par l'excision veineuse avec ablation de grands lambeaux cutanés (bas naturel).

(*Presse médicale*, Paris, p. 137, 1898.)

Dans ce mémoire je décris mon procédé de cure des varices quand il s'agit de dilatations variqueuses avec paquets variqueux multiples, peau flasque. Il consiste essentiellement à enlever, en même temps que les troncs et les paquets variqueux à la jambe et à la cuisse, de larges et longs lambeaux cutanés, juste assez pour qu'on puisse faire une réunion serrée des téguments qui restent et qui constituent un vrai bas élastique naturel se modelant sur les parties profondes.

Il ne faut pas craindre d'enlever largement la peau de façon que les sutures soient tendues; la peau est élastique et résiste toujours suffisamment pour que la désunion n'ait pas lieu, si on a soin de rapprocher les points de suture et de ne pas les enlever trop tôt.

De la phlébite variqueuse.

(*Presse médicale*, Paris, p. 57, 1896.)

A propos de deux malades observés dans notre service de Cochin, dont un jeune homme atteint d'une thrombo-phlébite étendue de la saphène interne variqueuse à la jambe et à la cuisse, nous exposons notre manière de voir sur l'étiologie, la pathogénie, la séméiologie des inflammations variqueuses.

Mais ce qui fait surtout l'objet de cette leçon, c'est le traitement, traitement qui consiste à enlever largement la veine thrombosée et enflammée par une large résection en commençant par appliquer une ligature au niveau de l'embouchure de la saphène interne dans la fémorale.

On extirpe les varices enflammées avec la peau qui leur adhère comme une tumeur et on réunit ensuite, guérissant ainsi les malades beaucoup plus rapidement que par l'expectation, le repos et les pansements, et tout aussi sûrement. C'est là une intervention que nous préconisons depuis plusieurs années et qui nous a toujours donné d'excellents résultats.

Extirpation d'une phlébite variqueuse de la saphène interne à la cuisse Ablation d'un grand lambeau cutané contenant les varices de la jambe.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 388, 1898.)

Nous présentons à la Société de chirurgie un malade auquel nous avons pratiqué l'extirpation d'une phlébite variqueuse étendue de la saphène interne à la cuisse; puis nous lui avons confectionné le bas élastique naturel par l'ablation d'un long lambeau fusiforme à la jambe et la réunion immédiate.

L'opéré est sorti de l'hôpital le 21 juin et l'on peut constater son bon état local.

Phlébites variqueuses traitées par l'extirpation. Larges résections veineuses et cutanées.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 126, 1898.)

De la cure sanglante des varices.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 15, 1887, p. 737, 1896.)

Rapport sur un travail du docteur Routier. Nouveau cas de rétrécissement généralisé du système artériel par endotérite.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 526, 1887.)

Dans ce rapport, à propos d'une observation présentée par Routier, nous étudions les lésions généralisées des artères, l'artériosclérose généralisée et nous montrons toutes les réserves que doit faire le chirurgien quand, amputant un membre sphacélé dans ces conditions, il doit porter un pronostic sur le sort ultérieur du moignon et même du membre apparemment sain. Dans un cas que nous rapportons, l'amputation de la jambe gauche, fut suivie au bout de quatre à cinq jours d'une gangrène du pied et de la jambe droite à laquelle l'opéré succomba rapidement.

Du traitement des adénites inguinales.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 397, 1891.)

Dans cette leçon nous montrons quelle doit être la conduite du chirurgien dans les différents cas cliniques qui peuvent se présenter.

Tout en conseillant la manière de faire habituellement en usage, qui consiste à chercher la résolution et, si la suppuration se produit, à donner issue au pus par la simple et large incision du bubon, nous montrons qu'il y a lieu dans certains cas de polyadénites soit aiguës, soit subaiguës, de ne pas craindre de faire la large extirpation des ganglions malades et des téguments qui y adhèrent en veillant bien entendu à ne pas inoculer le foyer opératoire.

Ce traitement amène des guérisons beaucoup plus rapides que la conduite classique qui consiste à assister à la prise successive des ganglions et à leur suppuration successive aussi.

Du traitement de la lymphangite.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 344, 1900.)

Après avoir décrit les deux grandes formes cliniques de la lymphangite, la réticulaire et la tronculaire, leur mode d'évolution, leurs terminaisons, nous abordons le traitement.

Ce traitement doit être local et général; il doit s'adresser à la cause de la lymphangite, puis à la lésion elle-même. Nous recommandons les bains locaux, les pulvérisations phéniquées faibles, les enveloppements humides, les révulsifs sous forme de pointes de feu, puis s'il y a lieu l'incision des collections purulentes : enfin quand les accidents aigus sont terminés et que l'œdème subsiste, la compression ouatée douce et méthodique.

De la pulvérisation phéniquée dans le traitement des lymphangites et des phlegmons diffus des membres.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 130, 1891.)

Des lipomes ostéopériostiques

en collaboration avec le Dr Chevrier.

(*Revue de Chirurgie*, décembre 1905 et janvier 1906.)

Un cas observé dans notre service à l'hôpital Cochin, et qui a fait l'objet d'une communication à la Société de chirurgie de Paris, a été le point de départ d'un mémoire complet sur cette question. Il s'agit d'une variété parti-

culière de lipomes s'insérant sur le squelette et dont nous avons pu recueillir, après des recherches multiples, un assez grand nombre d'observations. Nous-même en avons observé 5 cas.

Lipome télangiectasique veineux.

(*Tribune médicale*, p. 693, 1891.)

Du traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse.

(*Congrès français de Chirurgie*, p. 428, 1888.)

Nous présentons au congrès l'observation d'une jeune femme atteinte d'une volumineuse tumeur érectile de la moitié gauche de la face avec difformité considérable et telle que toute profession était pour elle très difficile.

Le traitement a consisté dans l'électrolyse que nous avons appliquée avec le concours de notre regretté confrère le docteur Boudet de Pâris.

Le résultat a été très bon et cette jeune fille peut maintenant suivre la carrière de l'enseignement.

Elle a subi en tout 80 séances d'électrolyse avec 4 piqûres chaque fois en moyenne.

De plus nous avons pratiqué deux autoplasties pour corriger de petites difformités persistantes du côté de l'aile du nez.

Le traitement a duré près de trois ans.

Aucune autre manière de faire n'eût pu être mise en usage.

Pathologie chirurgicale des nerfs.

(*Traité de Chirurgie clinique et opératoire* Le Dentu et Delbet, t. IV, 1897.)

De la suture des nerfs. Ses résultats.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 262, 1896.)

Nous exposons dans cette *Revue générale* les résultats obtenus par la suture primitive et la suture secondaire des nerfs sectionnés, après avoir insisté sur les théories mises en avant pour expliquer le retour des fonctions de sensibilité et de motilité dans les faits paradoxaux où ces fonctions se sont rétablies très rapidement après l'intervention.

De l'amputation précoce et haute dans la gangrène spontanée des membres chez les diabétiques.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 119, 1901.)

III

CHIRURGIE DE LA FACE

Lupus du front. Extirpation. Autoplastie par méthode italienne.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 782, 1890.)

Il s'agit d'un jeune malade atteint d'un lupus du front qui ne guérit pas par les procédés habituels, auquel nous pratiquâmes l'extirpation du lupus, puis une autoplastie par la méthode italienne, à l'aide d'un lambeau pris sur l'avant-bras. L'avant-bras fut fixé à la hauteur voulue contre le front par un appareil plâtré, prenant point d'appui sur une ceinture thoracique.

Le pédicule fut coupé le dixième jour.

L'opéré est présenté guéri deux mois après, à la Société de chirurgie, avec un résultat esthétique très satisfaisant.

L'autoplastie dans les mutilations et les difformités cicatricielles de la face.

(*Gazette des Hôpitaux*, Paris, p. 1374, 1891.)

Sarcome fuso-cellulaire du poids de 2 kilogrammes de la lèvre supérieure et de la joue gauche chez un vieillard. Ablation.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 550, 1903.)

Présentation d'une pièce anatomique consistant en une énorme tumeur de la lèvre inférieure et de la joue, du poids de 2 kilogrammes, et que nous avons enlevée à un vieillard affaibli par l'ulcération et la suppuration de ce néoplasme.

Il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire avec foyers ulcérés, ramollis et gangréneux. L'opéré a succombé malheureusement à la cachexie, au bout de trois semaines.

Carcinome mélanique de la joue droite.

(*Bulletins de la Société anatomique de Paris*, p. 396, 1874.)

Angiome de la moitié de la face gauche traité par l'électrolyse.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 568, 1897.)

Kyste sanguin sarcomateux de la région massétérine. Ablation. Récidive immédiate. Mort prompte.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 266, 1887.)

Tumeur de la parotide. Ablation. Sténonéostomie.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 39, 1898.)

Présentation d'un opéré de soixante-deux ans atteint d'une tumeur de la joue développée dans la parotide.

Il s'agissait d'une tumeur mixte qui fut enlevée, mais en sectionnant forcément le canal de Sténon.

Ayant aperçu, après l'ablation, le bout central du canal, je l'amenai dans une boutonnière du buccinateur et de la muqueuse et l'y fixai par deux points à la soie fine. L'opéré guérit sans fistule salivaire aucune.

Je ne sache pas que ce procédé ait été employé dans les cas de section du canal de Sténon.

Des phlegmons infectieux sublinguaux.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, Paris, p. 465, 1892.)

Leçon professée à nos élèves de l'hôpital Cochin.

Ayant pu recueillir trois faits de cette nature, nous leur montrons que l'affection qui nous occupe semble avoir une physionomie spéciale, dont les caractères dominants sont :

1° Le gonflement ligneux en cuirasse de toute la région sublinguale et sus-hyoïdienne.

2° La propulsion du plancher de la bouche vers la voûte palatine.

3° Les accidents dyspnéiques graves qui en résultent.

4° L'état général grave qui est celui d'un sujet profondément infecté.

Nous proposons de donner à l'affection un nom autre que celui d'angine

de Ludwig, qui ne répond pas à tous les cas, et de l'appeler phlegmon infectieux sublingual.

Il faut que l'intervention soit précoce ; il faut par une incision profonde unique ou multiple traverser les régions indurées et ligneuses, arriver sur le foyer de pus généralement profond.

Trop souvent malgré tout, le malade succombera à l'infection générale.

Du traitement de la glossodynie.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 356, 1888 et *Bulletins de la Société médico-pratique*, avril 1888.)

Ce traitement consiste dans la cautérisation à l'aide du thermocautère des parties douloureuses de la langue. Nous rapportons deux observations dans lesquelles un succès complet a couronné ce traitement simple et facile.

De la cure des polypes naso-pharyngiens.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 274, 1893, p. 522, p. 771, 1894.)

Epulis de la mâchoire inférieure. Ablation large.
Avulsion puis réimplantation dentaire.

(*Bulletin de la Société clinique de Paris*, p. 271, 1882.)

Luxation récidivante (7 fois) du maxillaire inférieur avec fracture du condyle d'un côté. Constriction de la mâchoire. Ostéotomie du col du condyle du maxillaire.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, p. 882, 1903.
Revue d'Orthopédie, p. 557, 1903.)

C'est une observation intéressante de luxation récidivante de la mâchoire inférieure qui a dû être réduite sous chloroforme et qui s'est accompagnée d'une fracture du condyle d'un côté.

Il s'en est suivi une constriction de la mâchoire que nous avons traitée par l'ostéotomie du col du condyle, avec interposition d'un fil d'argent épais entre les fragments pour empêcher la réunion. Le succès a couronné nos efforts et le blessé est sorti de l'hôpital pouvant desserrer les dents et mâcher.

IV

CHIRURGIE DU CRANE ET DE LA COLONNE VERTÉBRALE

(CERVEAU ET MOELLE ÉPINIÈRE)

Observation de trépanation pour un cas de fracture avec enfoncement de la voûte du crâne.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 361, 1882.)

Un cas de trépanation pour un enfoncement de la voûte du crâne.

(*Bulletins de la Société médico-pratique de Paris*, p. 207, 1888.)

Fracture de la voûte du crâne. Trépanation. Hernie du cerveau et abcès cérébral pendant une variole.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 701, 1882.)

Suture du sinus latéral déchiré pendant une trépanation pour un enfoncement du crâne.

(*Congrès français de Chirurgie*, Paris, p. 263, 1896.)

Dans ce mémoire, présenté au Congrès de chirurgie, nous étudions la suture veineuse comme moyen d'hémostase des plaies des grosses veines et nous communiquons un fait intéressant de suture du sinus latéral déchiré pendant une trépanation pour un enfoncement du crâne, par coup de pied de cheval, survenu trois mois auparavant chez un homme de vingt-six ans.

Cet homme se plaignait d'étourdissements, de violents vertiges, de tendance à tomber, de perte de la mémoire et d'une diminution de l'intelligence;

de plus il présentait au niveau de la mastoïde une fistule qui conduisait sur un point dénudé et séquestral. L'incision mit à nu un enfoncement grand comme une pièce de 5 francs environ. Le fragment fut enlevé après application de deux couronnes de trépan. Il adhérait à la dure-mère en bas au niveau du sinus latéral. Celui-ci fut ouvert au moment de l'ablation; deux points de suture à la soie 0 fermèrent l'orifice; un tampon fut placé par-dessus et le blessé a complètement guéri et de son opération et de tous les troubles qu'il présentait.

De la ponction lombaire comme moyen de diagnostic et de traitement des accidents consécutifs aux fractures du crâne.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, p. 189, 1902.)

Tumeur du cerveau extraite par la méthode de Horsley.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 221, 1895.)

Nous présentons à la Société de chirurgie l'observation d'un malade opéré, il y a neuf jours déjà, pour une tumeur cérébrale. Celle-ci a été enlevée par la méthode de Horsley, qui consiste à faire d'abord une large trépanation d'accès, puis quarante-huit heures après, l'ablation de la tumeur. Une couche de 1 centimètre recouvrait la tumeur, qui mesure 5 centimètres de long sur 2 centimètres de largeur et autant d'épaisseur; elle était à cheval sur le centre du membre supérieur droit.

L'opéré va actuellement très bien.

L'examen histologique a montré consécutivement qu'il s'agissait d'une tumeur tuberculeuse.

De la conduite à tenir en cas de plaies du crâne par balles de revolver.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 361, 1894.)

Dans cette leçon, nous passons en revue les indications fournies par les plaies du crâne par balles de revolver de petit calibre. Il faut avant tout faire l'asepsie parfaite de la blessure et si l'exploration avec le stylet nous montre la présence de corps étrangers, d'esquilles, ne pas hésiter à trépaner, à ouvrir le foyer de la fracture sans rechercher, s'il n'y a aucune indication, le projectile qui a pénétré; mais s'il n'y a pas de corps étrangers entraînés, pas d'esquilles senties, nous nous abstiendrons plutôt, quitte à agir au moindre symptôme nouveau.

En résumé, nous pensons qu'il ne faut pas être systématique et dire : je m'abstiendrai quand même où je trépanerai dans tous les cas. C'est dans l'appréciation des conditions de la blessure, de l'état du blessé, du milieu dans lequel il est appelé à le soigner que le chirurgien devra puiser dans un cas des arguments pour intervenir, dans un autre des raisons pour s'abstenir tout en surveillant et en agissant au premier signal.

Des plaies pénétrantes du crâne par les projactiles de petit calibre.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 255, 1889.)

Plaies du crâne par balles de revolver. Plaies de la carotide interne. Epistaxis répétées. Tamponnement direct du sinus sphénoïdal.

(*Archives internationales de Laryngologie de Paris*, p. 229, 1894.)

Il s'agit d'un homme de cinquante ans dont nous avons rapporté l'observation à l'Académie de médecine, qui nous est arrivé à l'hôpital Cochin, après s'être tiré deux balles de revolver calibre 7 dans la tempe droite. Il a eu immédiatement une épistaxis très grave qui a été arrêtée par le tamponnement, une paralysie du droit externe droit et de l'optique du même côté (cécité complète de l'œil droit).

Nous ne pensons pas, étant données les lésions profondes du côté de la base du crâna et leur siège présumé d'après les signes indiqués plus haut, devoir intervenir et le blessé rentre chez lui au bout de quelques jours.

Il vient nous revoir au bout de quatre mois, décembre 1893. Un mois après sa sortie il a eu une épistaxis très violente, cinq autres depuis. Il arriva pour una nouvelle épitaxis très violente qui se fait sous nos yeux, de sang rouge et écumeux, coulant à flot des deux fosses nasales, peut-être plus à gauche. Nous lui faisons, l'épistaxis arrêtée par le tamponnement, la ligature de la carotide externe gauche, puis après une nouvelle hémorragie, la ligature de la carotide axterna droite. Huit jours après une nouvelle épistaxis qui nous montre que la plaie ne siège pas dans le territoire de ces vaisseaux mais intéresse probablement la carotide interne.

Le blessé est profondément anémié. Nous le remontons, par des injections de sérum artificiel et nous décidons d'aller directement à travers les fosses nasales à la recherche du point qui saigne.

Le 14 février 1894, nous rabattons le nez de haut en bas par le procédé d'Ollier; nous débarrassons rapidement les fosses nasales de ce qui nous empêche d'avancer, enlevons des sinus sphénoïdaux, des caillots noirâtres,

puis après lavage tamponnons d'une façon très serrée à la gaze iodoformée, avec deux grosses mèches qui passent l'une à droite, l'autre à gauche, le nez ayant été remis en place et suturé. Depuis il n'y a plus eu aucune hémorragie; les mèches ont été enlevées le sixième jour après quelques menaces du côté de l'encéphale (fièvre, céphalalgie).

Actuellement, 18 juillet 1894, le blessé est complètement guéri et nous l'avons revu depuis en excellent état, mais conservant la paralysie oculaire et la cécité.

Il nous paraît incontestable qu'il s'est agi d'une blessure de la carotide interne lors de son passage près du sinus sphénoïdal, la carotide a été ouverte secondairement après chute d'une esquille séquestrée. Le tamponnement direct a pu seul mettre à l'abri de tout renouvellement de l'hémorragie.

De la trépanation dans l'épilepsie jacksonnienne.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 444, 1891.)

A propos d'une discussion soulevée par notre collègue Lucas-Championnière, je rapporte une observation d'épilepsie avec accès subintrants pour laquelle je pratiquai la trépanation large et l'exploration du cerveau qui me permit de me rendre compte qu'il s'agissait d'une grosse tumeur inaccessible à nos moyens d'action. Les accès d'épilepsie cessèrent après l'opération; mais l'opéré succomba le troisième jour avec des signes d'encéphalite diffuse et une température de 42°.

Malheureusement l'autopsie n'a pu être faite.

Épilepsie jacksonnienne. Trépanation pour une énostose traumatique. Guérison après amélioration lente et progressive.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 1112, 1901.)

Nous présentons à la Société de chirurgie un jeune homme de vingt ans, que j'ai dû opérer le 31 janvier 1899 pour des accidents graves d'épilepsie jacksonnienne consécutifs à un traumatisme. L'opération nous montra une énostose comprimant la dure-mère et le cerveau dans une certaine étendue.

L'opéré guérit de son opération mais ne fut débarrassé que peu à peu et lentement de ses crises d'épilepsie.

Plaie du cerveau par coup de couperet.

(*Bulletins de la Société médico-pratique*, Paris, p. 145. 1887.)

Présentation d'un malade atteint d'une tumeur pulsatile de la région fronto-pariétale.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 240, 1900.)

Hydrocéphalie avec atrophie complète du cerveau.

(*Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, p. 23, 1879.)

Du traitement des abcès froids consécutifs au mal de Pott.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 303, 1887.)

Cypho-scoliose de la première enfance. Coïncidence avec un genu valgum chez un jeune homme de seize ans.

(*Revue d'Orthopédie*, Paris, p. 97, 1894.)

Sur une observation du Dr Leguern. Trépanation par la voie mastoïdienne d'un abcès sous-dure-mérien avec méningite (Guérison).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 868, 1899.)

V

CHIRURGIE DU COU, LARYNX, ŒSOPHAGE

Torticolis congénital. Ténotomie à ciel ouvert.

(*Revue d'Orthopédie*, p. 257, 1892.)

Si les chirurgiens sont à peu près d'accord pour ne pas hésiter à faire la ténotomie à ciel ouvert, toutes les fois qu'on risque de couper un organe important en rapport avec le tendon ou de pratiquer une section incomplète, il y a cependant une région pour laquelle les avis sont partagés, c'est le cou. Tout en reconnaissant la plus grande sécurité et la perfection de la section tendineuse exposée, l'on objecte à la ténotomie large la cicatrice qu'elle laisse sur une région découverte et qui peut devenir difforme. Le risque que l'on court de piquer une veine importante serait assez minime pour ne pas entrer en ligne de compte. A côté d'autres observations l'observation que je rapporte montre qu'il faut compter avec la blessure possible de la jugulaire interne, surtout quand on a affaire à des tendons rétractés larges et profonds nécessitant une action profonde du ténotome. Dans le cas cité, nous aurions coupé la jugulaire interne ou nous aurions fait une section incomplète, si nous avions pratiqué la ténotomie sous-cutanée. Nous tenons donc, dans des cas analogues, pour la ténotomie à ciel ouvert.

Torticolis musculaire datant de vingt ans. Ténotomie à ciel ouvert.

(*Revue d'Orthopédie*, Paris, p. 277, 1891.)

Il s'agit d'une jeune fille de vingt et un ans atteinte d'un torticolis congénital et à laquelle je pratiquai pour les raisons qui ont été énoncées la ténotomie à ciel ouvert. Bien m'en prit, car je lésai une artériole assez importante qui fut facilement liée, mais qui, par la méthode sous-cutanée, eût donné

lieu certainement à un hématome gênant et peut-être désagréable par ses suites.

Un nouveau fait de ténotomie à ciel ouvert pour torticolis congénital.

(*Revue d'Orthopédie*, p. 245, 1894.)

Nous venons d'observer un nouveau cas de torticolis musculaire pour lequel nous avons pratiqué à ciel ouvert la section des deux chefs du sterno-clido-mastoïdien.

Il montre une fois de plus que la ténotomie à ciel ouvert nous permet de faire les sections profondes et cela sans danger, tandis que la ténotomie sous-cutanée serait certainement restée en deçà de ce qu'elle eût dû, pour être complète et par conséquent efficace.

De l'élongation combinée à la résection du nerf spinal appliquée au traitement du torticolis spasmodique.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 293, 811, 1884.)

Cette observation sur laquelle notre regretté maître Tillaux a fait un rapport très documenté à la Société de chirurgie, concerne une malade que nous avons eu l'occasion de voir dans notre service de la maison de santé en 1884. Il s'agissait d'un cas de torticolis spasmodique qui fut traité, après échec de toutes les interventions par l'élongation combinée à la résection du nerf spinal, avant son entrée dans le sterno-cleido-mastoïdien.

Le résultat immédiat a été bon et n'a fait que s'améliorer dans la suite.

Adénite cervicale avec symptômes d'œdème de la glotte.

(*France médicale*, p. 230, 1881.)

Simple observation, montrant dans ces cas qui paraissent nécessiter une trachéotomie immédiate, la puissance des émissions sanguines locales et des applications froides (vessies de glace).

De la conduite à tenir dans les cas de phlegmons et abcès profonds du cou.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 772, 1891.)

Dans cette leçon de chirurgie d'urgence nous montrons qu'il faut diviser les phlegmons en deux grandes catégories et ranger dans une première

les phlegmons ou adénophlegmons circonscrits, dans une seconde les phlegmons diffus, sus-hyoïdiens (angine de Ludwig) sous-hyoïdiens (phlegmons larges de Dupuytren).

On ne doit pas attendre en présence d'un adénophlegmon circonscrit qu'on sente la fluctuation franche pour aller chercher le pus et ouvrir l'abcès; dès que la douleur locale, l'empâtement, la fièvre, auront montré qu'il y a suppuration profonde, il faut inciser et profondément chercher la collection avec la sonde cannelée et l'ouvrir pour la drainer.

Quand il s'agit de phlegmons infectieux, le pronostic est beaucoup plus grave, les débridements au bistouri et au thermocautère ne suffiront pas toujours à enrayer les accidents : la syncope, l'asphyxie peuvent emporter les malades s'ils ne succombent pas à la septicémie elle-même.

De la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers des voies aériennes.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 185, 1891.)

Nous insistons sur la trachéotomie comme moyen de mettre à l'abri du danger de suffocation immédiate tout individu portant un corps étranger du larynx, qui n'aura pu être extrait par les voies naturelles, et que l'on sera obligé de quitter.

Inutile de dire que la trachéotomie devra être faite d'urgence, s'il existe des menaces de suffocation.

Trachéotomie avec chloroformisation.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 457, 1888.)

Canule à trachéotomie.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 498, 1888.)

Nous avons fait construire, de concert avec le professeur Terrier, une canule à trachéotomie ayant un pavillon beaucoup plus petit que d'ordinaire et présentant au niveau de son orifice externe un opercule mobile, permettant de faire parler le malade porteur de l'instrument.

De la laryngotomie intercricothyroïdienne.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, Paris, p. 175, 1890.)

Plaidoyer en faveur de l'opération de Vic d'Azyr remise en honneur par Richelot et qui nous paraît applicable toutes les fois que les lésions siègent

dans le larynx même dans sa partie supérieure et n'ont pas de tendance à gagner de haut en has. L'opération est bien plus facile que la trachéotomie et plus exsangue ; l'introduction de la canule à conducteur de Krishaber ne présente aucune difficulté.

Trois observations de laryngotomie intercricothyroïdienne.

(*Archives internationales de Laryngologie*, p. 326, 1891.)

Des indications thérapeutiques dans le cancer du larynx.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, Paris, p. 651, 1887.)

Voici le résumé de cette leçon faite au moment de la maladie de l'empereur Frédéric et qui était par conséquent toute d'actualité.

Dès que le diagnostic cancer du larynx est certain et que le malade est menacé à brève échéance d'accidents respiratoires, faire la trachéotomie assez bas pour mettre le larynx au repos et parer aux menaces d'asphyxie.

Si le mal est localisé à l'un des côtés du larynx, si les ganglions sont indemnes l'on pourra, l'état général étant bon, faire l'hémilaryngectomie.

Dans le cas contraire, la laryngectomie totale ne sera de mise que dans des cas exceptionnels de délimitation du mal, de forme anatomique de la tumeur, et de non-infection des voies lymphatiques.

La trachéotomie restera toujours la seule intervention rationnelle, quand il y aura contre-indication absolue à toute tentative de cure radicale. C'étaient là d'ailleurs les conclusions auxquelles nous étions arrivé dans notre thèse d'agrégation : « Tumeurs du larynx, Paris, 1886 ».

Des tumeurs du larynx.

(Thèse d'agrégation, Paris, 1886.)

Des kystes du corps thyroïde. Leur traitement par l'énucléation.

(*Revue de Chirurgie*, p. 988, 1888.)

Plaidoyer en faveur de l'énucléation des kystes du corps thyroïde ou des goîtres kystiques; seule méthode qui assure contre les récidives; absolument inoffensive quand elle n'a pas été précédée d'injections interstitielles contre lesquelles nous nous élevons parce qu'elles sont dangereuses (cas de morts

par injection interstitielle de teinture d'iode) et parce qu'elles produisent des adhérences qui plus tard empêchent ou rendent difficile l'ablation des kystes, si elle devient nécessaire.

Des kystes du corps thyroïde.

(Revue générale de Clinique et de Thérapeutique, p. 49, 1895.)

Leçon faite à l'hôpital Cochin sur le développement des kystes du corps thyroïde et leur traitement.

Les kystes se développent presque toujours sur des corps thyroïdes hypertrophiés : il s'agit presque toujours d'un goitre kystique. Le traitement de choix est l'énucléation. Le point essentiel de l'opération est de découvrir la poche kystique, d'inciser la mince couche de corps thyroïde qui la recouvre presque toujours, qui lui forme capsule et de laquelle on retire le kyste par énucléation avec la plus grande facilité. Nous insistons sur l'incision qui chez les femmes doit autant que possible être masquée. Nous conseillons l'incision en U encadrant le bord inférieur du corps thyroïde et dont une des branches se cache sous le rebord du sterno-cleido-mastoïdien. Cette cicatrice est moins souvent atteinte d'hypertrophie que la cicatrice résultant d'une incision rectiligne, verticale ou oblique.

L'opérée qui fait le sujet de la leçon est sortie guérie au bout de dix jours.

De l'énucléation massive sous-capsulaire des goitres solides.

(Revue générale de Clinique et de Thérapeutique, p. 593, 1897.)

Nous sommes absolument partisan de cette intervention qui a le grand avantage de conserver toujours une portion du corps thyroïde, de mettre à l'abri par conséquent des accidents dus à l'extirpation plus ou moins complète de cet organe, de mettre à l'abri aussi des complications opératoires résultant du voisinage et des rapports des gros vaisseaux du cou, et des nerfs de cette région, en particulier des récurrents.

Mais il faut pour cela avoir affaire au goitre à noyaux plus ou moins indépendants, plus ou moins encapsulés, qu'il est possible d'enlever soit par excision, soit mieux par énucléation, sans toucher à la capsule propre du corps thyroïde autrement qu'en l'incisant.

L'énucléation massive sous-capsulaire, préconisée dans la thèse de Bérard (Lyon, 1896), consiste dans l'ablation de la plus grande partie d'un lobe

thyroïdien en opérant dans la capsule propre de la glande sans crainte de s'égarer dans les espaces celluleux du cou. Elle n'est qu'un cas particulier de l'énucléation intraglandulaire mise en vogue par Socin et que nous avons mise en usage depuis longtemps pour les kystes. Le goitre de notre opérée pesait près de 500 grammes et elle était guérie au bout de onze jours.

Deux observations de thyroïdectomie pour goitres.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 784, 1884.)

Il s'agit de deux observations de thyroïdectomie présentées à la Société de chirurgie et sur lesquelles notre collègue Richelot a fait un très intéressant rapport.

Le premier cas concerne une femme qui présentait un goitre unilatéral s'étant déplacé jusque dans la région sus-claviculaire, par suite d'absence d'isthme du corps thyroïde et qui fut facilement enlevé par thyroïdectomie unilatérale.

Le second cas concerne une femme qui portait un goitre bilatéral et à laquelle, à cause d'accidents sérieux, nous fîmes la thyroïdectomie totale, l'isthme excepté. Elle fut prise, à la suite de l'opération, de troubles de la phonation et de la respiration dont la pathogénie est discutable, mais qui n'étaient sûrement pas attribuables à des lésions des nerfs récurrents par le bistouri, les ciseaux ou les ligatures.

Du goitre exophtalmique.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 179, 1897.)

Il s'agit d'un cas de goitre basedowifié; les signes de basedowisme furent rapidement guéris par l'extirpation du goitre qui était intraglandulaire et qu'on put énucléer. Toutefois l'hémorragie fut assez sérieuse pour qu'on ait eu à un moment donné l'idée de faire la thyroïdectomie unilatérale.

Cette hémorragie fut arrêtée par le tamponnement avec de la gaze saupoudrée d'antipyrine.

Résection en deux séances des deux grands sympathiques cervicaux dans un cas de goitre exophtalmique.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 748, 1006, 1898.)

Nous rapportons l'observation d'une malade atteinte de goitre exophtalmique et à laquelle nous pratiquâmes successivement en deux séances la

résection des deux grands sympathiques cervicaux au niveau de leur partie supérieure.

Amélioration notable : mais il est impossible encore de parler de guérison.

Nous insistons sur l'état spécial feutré, infiltré de sang, des tissus qui entourent les troncs des sympathiques et sur les difficultés qui en résultent pour leur recherche et leur découverte.

La gastrostomie dans le traitement du cancer de l'œsophage.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 50, 1893.)

Nous préconisons, dans cette leçon faite à l'hôpital Cochin, la gastrostomie pratiquée dans les cas de cancer de l'œsophage alors que le malade n'est pas encore cachectique, mais lorsqu'il commence à perdre de son poids et que l'alimentation par la bouche devient insuffisante. Pour être efficace et suivie de succès, la gastrostomie doit être précoce ; de plus comme procédé opératoire, nous conseillons l'orifice très petit à la paroi stomacale, et le passage de la sonde temporaire au moment même de l'alimentation ; de cette façon la continence est parfaite et pas n'est besoin de procédés spéciaux pour y arriver.

Nous consacrons une part spéciale à la gastrostomie en deux temps conseillée et pratiquée par Poncet, de Lyon. Il fait dans une première séance la gastropexie, puis quand cela devient nécessaire, il ouvre l'estomac pour établir la bouche alimentaire.

Cette manière de faire peut être bonne toutes les fois que l'alimentation immédiate n'est pas urgente, et nous l'avons mise en œuvre chez le malade qui fait le sujet de cette leçon.

De la gastrostomie en deux temps.

(*Bulletins et Memoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 837, 1892 ; p. 170, 1893.)

L'opération préconisée par Poncet, de Lyon, consiste à faire dans une première séance la gastropexie, alors que le malade est encore en état de bien la supporter, puis quand il commence à maigrir et dans une seconde séance l'ouverture de l'estomac.

Nous l'avons employée avec succès un certain nombre de fois.

De la gastrostomie.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, p. 761, 1894 ; p. 106, 1895 ; p. 445, 1898.)

De la gastrostomie. Manuel opératoire et indications.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 956, 1899; p. 482, 1900)

Dans toutes les discussions qui ont eu lieu à la Société de chirurgie sur cette question, nous avons toujours insisté sur la simplicité du manuel opératoire de l'opération que nous préconisons et qui consiste à faire la plus petite ouverture possible et le cathétérisme temporaire, sans laisser de sonde à demeure. Nous pensons que tous les procédés mis en avant pour assurer la continence ne sont pas meilleurs et sont plus compliqués. Cependant nous faisons exception pour celui de Fontan très simple et efficace dans la plupart des cas; nous l'avons employé plusieurs fois avec succès.

De la gastrostomie par le procédé de la torsion.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 815, 819, 1902.)

Dans ce rapport sur un travail présenté par le docteur Souligoux sur la gastrostomie par le procédé de la torsion, nous faisons la critique de tous les procédés, plus ou moins compliqués, destinés à assurer la continence de la fistule stomacale. Pour nous, le procédé du petit orifice et du cathétérisme temporaire au moment de l'alimentation nous apparaît comme le plus simple et tout aussi efficace.

Il l'est malgré le petit inconvénient qu'il a quelquefois chez les sujets peu attentifs, de laisser se faire un rétrécissement de l'orifice fistuleux qu'il faut dilater ou rouvrir ensuite.

Nous préférerions, parmi tous les autres manuels opératoires, celui de Fontan, que nous avons mis en usage plusieurs fois.

VI

CHIRURGIE DES PLÈVRES, POUMONS, THORAX

Drain tombé dans la plèvre après un empyème. Fermeture de la plaie thoracique. Vomique pulmonaire. Pleurotomie et résection costale; ablation du corps étranger.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 609, 1890.)

Du traitement de la pleurésie purulente chez les enfants.

(*Bulletins de la Société médico-pratique*, p. 51, 1888.)

Sur une plaie pénétrante de poitrine par balle de revolver avec hémothorax. Guérison après ponction. Extraction secondaire de la balle logée dans les muscles du dos.

(*Bulletins de la Société médico-pratique*, p. 37, 1887.)

Traitement chirurgical de la pleurésie purulente.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 261, 1890.)

A propos de deux malades opérés dans notre service, l'un pour une pleurésie purulente post-grippale, l'autre pour une pleurésie probablement tuberculeuse, nous passons en revue les indications et le manuel opératoire de la pleurésie purulente, ayant surtout en vue la pleurotomie antiseptique avec un seul lavage.

Nous conseillons l'incision dans le 7ᵉ ou 8ᵉ espace intercostal en avant ou en arrière de l'angle de l'omoplate suivant le point déclive de la cavité pleurale, le large drainage et le lavage avec la solution de chlorure de zinc au centième. Ne refaire un second lavage que s'il est nécessité par l'élévation de température et la nature des sécrétions.

Chez les gens jeunes non tuberculeux, généralement, la guérison a lieu après un seul lavage.

Énorme sarcome du thorax.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 737, 1890.)

Sarcome du sein développé autour d'un fibrome.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 434, 1888.)

Il s'agit d'un cas de sarcome du sein développé autour d'un fibro-adénome, montrant ainsi le point d'appel déterminé par la présence d'une tumeur bénigne.

Diagnostic des tumeurs liquides de la mamelle.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 521, 1888.)

Nous insistons dans cette leçon, après en avoir rapporté quatre observations, sur le diagnostic souvent difficile des tumeurs liquides de la mamelle; certes la résistance de la tumeur, son élasticité sont des éléments importants, de même que la forme nettement ovoïde ou sphérique comme dans un fait de kyste hydatique type.

Malgré tout, le diagnostic est erroné et nous pensons que le rapide accroissement d'une tumeur jusque-là à allures bénignes, la ponction exploratrice conseillée par Reclus pour le diagnostic de la maladie kystique, constituent des appoints sérieux pour arriver à la solution de ce problème souvent difficile.

Autoplastie après l'ablation des tumeurs du sein.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 514, 1903.)

Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de pratiquer des autoplasties après l'ablation large des tumeurs malignes du sein.

Dans ces derniers temps, au lieu d'emprunter des lambeaux à l'abdomen, au thorax, ou encore de faire la transplantation du sein opposé, nous avons traité les plaies restantes et cela immédiatement après l'extirpation, alors que les sutures avaient rapproché ce qu'elles pouvaient réunir, par les larges greffes de Tiersch prises sur les cuisses ou les bras de l'opérée.

Les greffes ont été appliquées directement sur les tissus cruentés du thorax, recouvertes de taffetas stérile. Au bout de quatre jours le pansement est levé et changé. Nous avons obtenu de la sorte une restauration immédiate des plaies de la dimension de 2 à 3 pièces de 5 francs. C'est là une manière de faire que nous conseillons dans les cas où les délabrements ne seront pas trop considérables.

Sur une tumsur du sein encapsulée à caractères cliniques bénins, chez une femme de soixante-quinze ans (6 figures).

(*Revue de Chirurgie*, p. 451, 1899, 2e partie en collaboration avec M. le professeur Cornil.)

Il s'agit d'un fait très rare de tumeur du sein à allures bénignes chez une femme de soixante-quinze ans.

Il s'agit néanmoins d'un épithélioma encapsulé se rapprochant le plus comme structure de l'épithélioma villeux à cellules cylindriques. A ce travail sont jointes de nombreuses figures de coupes histologiques faites par le professeur Cornil.

VII

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN EN GÉNÉRAL

Contusion de l'abdomen par un timon de voiture. Gangrène du membre inférieur par rupture des tuniques interne et moyenne de l'artère iliaque primitive gauche.

(*Bulletins de la Société anatomique de Paris*, p. 398, 1875.)

De l'hémopelvis par coup de pied de cheval dans l'abdomen. Rapport sur un travail du Dr Toussaint.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 465, 1904.)

A propos d'un travail présenté à la Société de chirurgie par le Dr Toussaint et comprenant deux observations d'hémorragies intra-abdominales par coup de pied de cheval, nous avons étudié les différents signes sur lesquels insiste l'auteur pour poser fermement son diagnostic et intervenir.

La matité des fosses iliaques sur laquelle il insiste nous paraît assez souvent un signe infidèle; il faut pour se hâter d'intervenir surtout compter sur le pouls, la respiration et le facies général du blessé. Il faut plutôt se baser sur un faisceau de signes que sur le signe indiqué par notre confrère.

De l'intervention dans les plaies de l'abdomen par balles de revolver.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 101, 1895.)

A propos d'une observation de plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver de petit calibre, nous montrons combien le diagnostic de pénétration est difficile dès le début et que, même dans les meilleures conditions, l'abstention peut être désastreuse.

C'est pourquoi nous penchons vers la règle qui veut que toutes les fois que la pénétration est douteuse, il faut intervenir; il faut avoir la certitude de la non-pénétration pour ne pas faire la laparotomie.

VIII

CHIRURGIE DU PÉRITOINE

Du traitement de la péritonite tuberculeuse par la laparotomie.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 355, 1891.)

Plaidoyer en faveur de la laparotomie dans les cas de péritonite tuberculeuse.

Ce sont surtout les formes ascitique et sèche qui sont les plus favorables à la cure chirurgicale.

Les formes ulcéreuses, surtout la forme ulcéreuse sèche, ne donnent pas de bons résultats.

D'après les thèses de Maurange (Paris, 1889), de Pic (Lyon, 1890), la guérison dans la forme ascitique générale est obtenue dans près de 70 fois sur 100.

L'on ne doit, bien entendu, parler de cure vraie que lorsqu'un long temps s'est écoulé depuis l'opération.

Sur une observation de péritonite chronique enkystée (Rupture des voies biliaires).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 190, 1900.)

Rapport sur une observation du Dr Imbert, de Montpellier, concernant un jeune homme qui, après un traumatisme violent de l'abdomen, fut atteint d'une grosse collection enkystée intrapéritonéale, avec plaie incomplète de la vésicule biliaire. La poche a été largement drainée après incision et nettoyage.

Malheureusement, l'opéré succomba après trois jours avec des signes d'occlusion intestinale sans aucune lésion appréciable de l'appendice que l'on avait pensé incriminer dès le début des accidents, à cause d'une douleur très vive dans la fosse iliaque droite. L'autopsie démontra son intégrité absolue et ne put expliquer les accidents survenus.

L'observation a surtout été présentée comme plaie incomplète de la vésicule biliaire cicatrisée, mais n'est pas tout à fait probante.

De la réaction du péritoine dans les traumatismes de l'abdomen.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 117, 1887.)

De la péritonite chronique sèche tuberculeuse.

(*Semaine médicale*, p. 23, 1892.)

Deux observations de péritonite sèche dont l'une sûrement, l'autre probablement tuberculeuse, font l'objet de cette leçon destinée à montrer les difficultés de diagnostic et la thérapeutique qui doit être appliquée à ces cas.

Celle-ci est sans contredit la laparotomie, d'autant plus que la plupart du temps, on est en présence de malades chez lesquelles on pense à de véritables tumeurs de l'abdomen nécessitant l'ouverture du ventre.

D'après Pic (thèse, Lyon, 1890), la laparotomie donne 10 p. 100 de guérisons dans la péritonite tuberculeuse sèche; nous pouvons donc espérer un bon résultat et cette intervention doit être préconisée pour peu que l'état général du malade, des lésions viscérales avancées ne constituent pas une contre-indication.

IX

CHIRURGIE DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

Sténose aiguë par cancer du pylore. Gastro-entérostomie.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 585, 1892.)

Linite probable du petit cul-de-sac de l'estomac. Gastro-entérostomie postérieure de von Hacker (Guérison).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 814, 898.)

Gastro-entérostomie par le procédé de Souligoux.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 175, 1897.)

De la gastro-entérostomie.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 629, 1892.)

Ablation du pylore et du petit cul-de-sac de l'estomac (Procédé de Kocher).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 190, 1902.)

Laparotomie et entérorraphie latérale pour un anus iliaque établi à la suite d'une occlusion intestinale.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 750, 1893.)

Diagnostic et traitement des péritonites septiques diffuses produites par l'ulcère perforant du duodénum.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 3, 1898.)

Chargé d'un rapport sur 4 observations de perforation du duodénum par ulcères présentées par MM. Richard, Guinard, Sieur et Loison.

Ce qui domine la question c'est la difficulté du diagnostic de la perforation et de son siège, et par conséquent la grande difficulté de poser une indication précise, d'autant plus que dans un grand nombre de faits l'ulcère simple du duodénum mérite le nom de latent, qui n'est souvent ailleurs que la couverture de signes trouvables si on les recherche. Il évolue sourdement, insidieusement et ne se manifeste souvent que par la perforation. On le confond le plus souvent soit avec une occlusion intestinale, soit avec une appendicite perforante.

Pour être utile, l'intervention doit être aussi précoce que possible et consister, après laparotomie exploratrice, mise à nu de l'ulcère, dans la suture de celui-ci, si elle est possible, avec large drainage.

Iléo-typhlite hypertrophique. Résection iléo-cæcale. Guérison (avec figures).

(*Congrès international de Médecine*, section de chirurgie, p. 693, 1900.)

Il s'agit d'un cas d'iléo-typhlite hypertrophique probablement d'origine tuberculeuse survenue chez une femme opérée autrefois de kyste de l'ovaire et traité par la résection large iléo-cæcale puis l'entéro-anastomose iléo-côlique. Le résultat a été une guérison parfaite et qui s'est maintenue.

L'examen histologique a été pratiqué par le professeur Cornil, sans qu'on ait pu affirmer d'une façon absolue la tuberculose.

X

CHIRURGIE DU FOIE

Sur le traitement des kystes hydatiques du foie.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 305, 1889.)

Du traitement des kystes hydatiques.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 196, 1900.)

Nous apportons à l'appui du traitement des kystes hydatiques du foie par le procédé de Bobrof, consistant à inciser largement le kyste, à enlever la membrane hydatique, puis à suturer et à réduire la poche fibreuse, un nouveau fait de guérison.

Kystes hydatiques multiples du foie. Incision puis suture. Excision d'autres kystes.

(*Bulletins el Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 389, p. 523, 1901.)

Nous présentons un malade auquel nous avons fait l'évacuation après incision, puis la suture avec réduction pour deux poches hydatiques, ensuite l'extirpation en totalité de trois autres kystes du foie facilement abordables et énucléables.

L'opéré est parfaitement guéri.

Sur un cas de kyste pédiculé du foie ayant simulé une tumeur de la paroi abdominale

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 363, 1892.)

Il s'agit d'un cas de kyste hydatique pédiculé de la face inférieure du foie, tenant au lobule de Spiegel par un pédicule gros comme un crayon, enchatonné

dans une sorte de loge creusée dans la paroi abdominale antérieure, ce qui donnait l'illusion d'une tumeur de la paroi, quand on faisait chez le malade contracter les muscles de celle-ci. La laparotomie permit de faire un diagnostic précis et d'enlever en totalité le kyste après section du pédicule. La guérison eut lieu. Il s'agissait d'un kyste hydatique tout à fait typique du volume d'un gros citron.

Traitement chirurgical des abcès du foie.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 773, 1900.)

Nous exposons dans cette leçon les données générales nouvelles sur la cure chirurgicale des abcès du foie par la méthode dite de Stromeyer Little. Nous ne retenons de cette méthode que la large incision des collections purulentes, mais, couche par couche, tantôt par la paroi abdominale, tantôt par la région transpleurale, après avoir fait précéder l'incision de ponctions indiquant la présence et le siège de l'abcès.

Fontan a préconisé le curettage des abcès après leur large incision; cette manière de faire nous paraît devoir être mise en usage exceptionnellement et alors seulement que le foyer est tapissé de portions plus ou moins sphacélées, s'évacuant difficilement au dehors.

Quelle que soit l'incision, abdominale ou transpleurale après résection d'une côte, elle doit être faite de façon à empêcher le pus de souiller le péritoine et la plèvre et il est bon de faire précéder l'incision directe du foie de la suture des feuillets péritonéaux ou pleuraux au niveau du point où l'incision devra porter.

Étude clinique et anatomo-pathologique de la cholécystite calculeuse

en collaboration avec le professeur Cornil.

(*Revue de Chirurgie abdominale et de Gynécologie*, p. 263, 292, avec figures, 1903.)

Travail de clinique et d'histologie pathologique dont la seconde partie revient tout entière au professeur Cornil qui a bien voulu faire l'examen des vésicules enlevées.

Au point de vue clinique, nous étudions surtout les cholécystites calculeuses avec ou sans rétention, oui ou non fistuleuses.

Pour nous, dans presque tous ces cas, pour peu que le vésicule soit malade, la paroi altérée, le canal cystique peu perméable, à plus forte raison obstrué, le traitement de choix est la cholécystectomie qui nous a toujours donné d'excellents résultats.

De la cholécystectomie idéale.

(*Bulletins de l'Académie de Médecine de Paris*, 28 fév. 1893.)

Il s'agit dans cette observation, terminée par la guérison, de la cholécystectomie avec réduction complète du moignon contenant le canal cystique avec fermeture de la paroi abdominale.

C'est là une manière de faire qui ne devra être employée que lorsqu'on aura confiance dans la solidité des ligatures que nous faisons toujours doubles: une ligature de catgut et par-dessous une ligature de soie n° 2. De cette façon nous n'avons jamais vu ces glissements de fil dont on a parlé et qui ont donné lieu à des épanchements de bile dans le ventre ou à des fistules secondaires.

Lithiase vésiculaire. Cholécystotomie idéale.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 1081, 1898.)

Nous désignons sous le nom de cholécystotomie idéale, l'opération qui consiste à faire la taille de la vésicule, à en extraire le ou les calculs qui y sont contenus, puis à resuturer et à réduire la vésicule ainsi refermée. Nous avons même dans un cas fait une résection du fond seul malade et refermé ensuite. Cette opération sur laquelle notre élève, le docteur Jacomet, a fait sa thèse inaugurale (thèse Paris, 1901) ne doit être, bien entendu, qu'une opération d'exception et de mise seulement quand on est sûr de la perméabilité complète du cystique et de l'intégrité des parois vésiculaires. Nous ne la conseillerons jamais comme méthode courante.

Sur un cas de cholécystectomie pour fistule muco-purulente.

(*Congrès français de Chirurgie*, Paris, p. 614, 1901.)

Les fistules muco-purulentes de la vésicule biliaire consécutives à une occlusion calculeuse ou non du canal cystique doivent être traitées par la cholécystectomie.

L'observation que nous présentons vient à l'appui de notre précepte. Notre élève, le docteur Thorel, a fait de ce sujet l'objet de sa thèse inaugurale (*Des fistules muco-purulentes de la vésicule biliaire et de leur traitement*. Thèse de Paris, 1901).

Sur la chirurgie du cholédoque.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 394, 1895.)

Sur un cas de cholédocotomie.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 703, 1897.)

Cholédocotomie pour angiocholite infectieuse.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 647, 1898.)

Nous étant beaucoup occupé de la chirurgie des voies biliaires, sur laquelle nous avons eu plus d'une fois l'occasion de prendre la parole à la Société de chirurgie, nous présentons actuellement un malade qui a été opéré il y a quelques semaines pour un ictère chronique avec angiocholite et obstruction du cholédoque.

Nous avons largement drainé le cholédoque après avoir extrait le calcul, ayant la certitude que la bile était infectée.

A propos d'une communication de notre collègue Quénu sur la cholédocotomie sans suture, nous penchons vers cette manière de faire toutes les fois qu'il y a un doute sur l'infection des voies biliaires, qu'il y a difficulté de réunir les tissus du cholédoque. D'ailleurs il est toujours nécessaire de mettre un drain en contact du cholédoque même suturé.

Cholédocotomie et cholécystectomie.

(*Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 899, 1900.)

Cholédocotomie sans sutures avec drainage du cholédoque.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 820, 1901; p. 675, 679, 1903.)

Dans différentes discussions qui ont eu lieu, nous défendons la cholédocotomie sans sutures qui, dans la grande majorité des cas, nous paraît donner plus de garanties au point de vue de la guérison.

Il faut en effet se rappeler que, presque toujours, la bile est infectée et il vaut mieux par conséquent lui donner issue d'autant que la fistule se ferme rapidement une fois le drain enlevé du cholédoque.

Sur un cas de cholédocotomie.

(*Congrès français de Chirurgie*, Paris, p. 611, 1901.)

Nous insistons dans cette communication sur une manœuvre propre à bien découvrir le cholédoque et à en permettre la taille pour l'extraction des calculs. Elle consiste à le décoller avec une sonde cannelée de la veine porte située en arrière de lui, lorsque celle-ci ne se laisse pas facilement soulever avec le rebord du petit épiploon par le doigt introduit dans l'orifice de Winslow. Le canal est alors attiré et l'on arrive facilement à l'inciser et à enlever les calculs qu'il contient.

Chirurgie du foie.

(*Bibliothèque de Chirurgie contemporaine.* Collection Ricard Rochard, Doin, éditeur. 1 vol. in-8, 560 pages, 1902.)

XI

CHIRURGIE DE LA RATE, DU PANCRÉAS

Sur un cas de kyste du pancréas.

(*Semaine médicale*, p. 281, 1893.)

Les cas de kystes du pancréas sont relativement rares. Leur physionomie est spéciale et il est en général possible d'en faire le diagnostic.

Leur traitement doit consister souvent, par suite de l'impossibilité de les enlever, dans leur large drainage après incision de la poche. Malheureusement, il persiste très souvent une fistule qui a pu durer des années ou ne s'est jamais fermée, et qui donne issue à un liquide qui n'est autre que du suc pancréatique plus ou moins modifié.

Chez l'opérée qui fait le sujet de cette leçon, la fistule a persisté quatre mois, puis s'est fermée et l'était encore au bout de deux ans quand nous l'avons revue.

Réflexion sur le pronostic at le traitement des ruptures de la rate.

Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, Rapport, p. 830, 1892.)

XII

CHIRURGIE DU CÆCUM ET DE L'APPENDICE ILÉO-CÆCAL

Pérityphlite et appendicite.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 636, 1890.)

A propos d'un mémoire de Reclus sur l'appendicite, son diagnostic et son traitement, mémoire qui ouvre la série de grandes discussions auxquelles a donné lieu l'appendicite depuis 1890, nous avons présenté à la Société de chirurgie trois faits d'appendicite aiguë pour lesquels nous sommes intervenu, une fois avec succès dans un cas d'abcès circonscrit, deux autres fois avec mort consécutive, par suite de la généralisation de l'inflammation du péritoine et de la septicémie déjà avancée.

Nous insistons déjà dans cette communication sur ce point que, toutes les fois qu'on sera en présence d'accidents graves du côté du ventre, on doit se rappeler que l'appendice iléo-cæcal joue un rôle très important dans la pathogénie des péritonites et toujours chercher du côté de la fosse iliaque droite si là n'est pas le point de départ des lésions.

Discussions sur l'appendicite.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 406, 1892; p. 455, 1893; p. 592, 1895.)

Prenant part aux différentes discussions qui ont eu lieu à la Société de chirurgie sur l'appendicite, nous formulions les conclusions suivantes :

Il est assez souvent difficile de dépister l'appendicite perforante suraiguë; on devra y songer toutes les fois qu'on sera en présence de signes de pseudo-étranglement, et après la laparotomie médiane chercher dans la fosse iliaque droite si l'appendicite est en cause. Cette catégorie de cas est presque toujours mortelle, quoi que nous fassions. Le pronostic sera moins grave dans les cas

de suppurations péritonéales étendues que dans ceux où il existera des abcès multiples.

Il faut intervenir le plus rapidement possible et par la laparotomie et par l'incision iliaque, et ouvrir largement le péritoine. Les appendicites enkystées devront être ouvertes le plus tôt possible, dès que la présence du pus pourra être soupçonnée. Si on ne trouve pas de pus, laisser le péritoine ouvert et tamponner à la gaze iodoformée. En tout cas ne pas chercher quand même l'appendice, dans les cas d'appendicites à rechutes.

Du moment qu'on sent l'appendice à la palpation, qu'il reste gros ou douloureux, le réséquer à froid pour prévenir l'explosion des accidents que peut déterminer une nouvelle rechute.

Appendicite à rechute. Trois abcès sous-ombilicaux. Extirpation de l'appendice pendant une période de calme (Guérison).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 620, 1894.)

Fait tout à fait exceptionnel de localisation d'abcès consécutif à une appendicite perforante. L'appendice adhérent à la paroi abdominale au-dessous de l'ombilic donnait lieu de temps à autre à des poussées inflammatoires dont trois se terminèrent par des abcès sous-ombilicaux.

Je posai le diagnostic d'appendicite anormale et fis l'extirpation de l'appendice par laparotomie médiane pendant une période de calme.

L'opéré guérit parfaitement et est resté guéri depuis.

Diagnostic et traitement de l'appendicite perforante.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 339, 1895.)

Dans cette leçon, nous résumons le fruit de notre expérience personnelle en même temps que les enseignements fournis par les discussions aux sociétés savantes et congrès.

En résumé l'appendicite perforante se manifeste :

1° Par les signes d'un étranglement interne, d'une occlusion avec discordance du pouls et de la température, tout cela presque toujours précédé d'une douleur plus ou moins violente dont le siège est la fosse iliaque droite (péritonite aiguë septique diffuse).

2° Par les signes d'une péritonite généralisée avec épanchement (péritonite purulente généralisée ou à foyers disséminés).

3° Par les signes d'une péritonite enkystée circonscrite de préférence dans le voisinage de la fosse iliaque droite.

4° Par ceux d'un phlegmon ou abcès iliaque, anté- ou rétrocæcal, et pelvien.

Entre ces formes typiques se placent des intermédiaires dont la clinique doit tenir compte.

Quand on est dans le doute il ne faut pas s'abstenir et l'intervention doit profiter aux cas douteux toutes les fois qu'on soupçonne la perforation, sans pouvoir l'affirmer : elle doit être le plus hâtive possible. Elle consistera tantôt dans la laparotomie médiane, combinée ou non avec des incisions latérales, tantôt dans l'incision dans la fosse iliaque. Nous sommes d'avis d'enlever l'appendice toutes les fois que cela est possible, sans courir de trop grands dangers.

Sur le traitement de l'appendicite.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 41, 1899.)

A propos de la grande discussion engagée sur le traitement de l'appendicite, entre les interventionnistes à outrance et les temporisateurs, nous résumons de la sorte notre conduite :

L'opération à chaud est une opération d'urgence, de nécessité ; du moment qu'elle est indiquée, elle doit être pratiquée aussitôt que possible ; l'opération à froid est l'opération de choix ; malgré tout on se heurtera toujours, dans la pratique, à des circonstances qui défieront toutes les formules théoriques, quelles qu'elles soient.

Appendicite perforante. Péritonite. Laparotomie (Guérison).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 340, 1900.)

Nous présentons ce malade opéré et guéri d'une appendicite gangréneuse perforée, pour bien montrer la grande difficulté du diagnostic dans certains cas et opposer la bénignité relative des symptômes observés à la gravité des lésions découvertes par l'intervention.

Les trois signes par lesquels se traduisait la péritonite chez lui étaient l'hyperesthésie cutanée avec ventre de bois et en bateau, et la mollesse du pouls qui battait 70 fois à la minute, alors que la température axillaire marquait 37°,3.

Sur l'appendicite.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 1269, 1902.)

Nous revenons encore dans cette discussion sur ce point qu'il est impossible de se rallier, en fait d'appendicite, à une formule intransigeante, qu'à

chaque instant d'ailleurs, ceux mêmes qui veulent l'appliquer sont obligés, par les circonstances, de violer.

Nous croyons que, là comme toujours, le chirurgien doit obéir aux indications : à lui à les rechercher et à en tirer tout ce qui est possible.

Nous donnons ici la statistique de nos trois dernières années :

Sur 124 appendicites,
35 opérations à chaud ont donné 29 guérisons, 6 morts;
72 — à froid — 72 guérisons;
4 — avec annexites 4 guérisons;
11 malades guéris par l'expectation n'ont pas été opérés secondairement;
2 malades non opérés sont morts de péritonite généralisée.

De l'ouverture d'un grand abcès prérénal sous-hépatique appendiculaire par incision iliaque, et décollement progressif du péritoine.

(*Bulletin médical*, p. 837, 1902.)

Leçon faite par nous à propos d'un abcès prérénal et sous-hépatique consécutif à une appendicite avec absence totale d'adhérences en avant.

Pour ouvrir la collection purulente sans passer par le péritoine, nous avons par une incision parallèle à l'arcade crurale, décollé le péritoine de la fosse iliaque jusqu'à la région rétrocôlique et ouvert ainsi la vaste collection purulente qui été évacuée et drainée.

La guérison a suivi sans aucun incident.

Note sur un cas de pseudo-appendicite. Tumeur fibreuse douloureuse développée autour d'une soie sur la fin de l'iléon, après une opération d'appendicite aiguë.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 377, 1902.)

Une opérée d'appendicite à froid, en dehors de notre service, continuait à souffrir de la région iliaque tout comme si elle n'avait pas été opérée. L'intervention nous a montré sur la fin de l'iléon, une tumeur fibreuse développée autour d'une soie placée à ce niveau. L'ablation de la petite tumeur et du corps étranger qu'elle enkystait à mis fin aux accidents douloureux, et cela d'une façon définitive.

Appendicite perforante au cours d'une occlusion chronique par cancer annulaire de l'angle droit du côlon ascendant.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 362, 1898.)

Embolies dans l'appendicite.

(*Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 527, 1903.)

Hernie crurale étranglée et enflammée de l'appendice iléo-cæcal.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 313, 1892.)

Fait rare de hernie crurale de l'appendice iléo-cæcal étranglé chez une femme de soixante-douze ans ne présentant pour tous symptômes qu'une hernie crurale irréductible très douloureuse au moindre attouchement, avec issue de gaz et de selles. L'opération faite immédiatement montra un appendice iléo-cæcal en voie d'étranglement.

Comme il était peu altéré, il fut réduit, après levée de l'agent stricteur qui était l'anneau crural.

Nous avons rapporté, à propos de ce fait, trois autres cas analogues de hernie crurale étranglée contenant l'appendice vermiforme. Nous concluons à la réduction de l'appendice, s'il est sain, à son ablation, s'il est malade.

Actuellement, nous n'hésitons pas à dire que dans tous les cas il devra être enlevé.

Sur un cas de blastomycose péritonéo-appendiculaire.

(*Bulletins de l'Académie de Médecine de Paris*, p. 415, 1903, en collaboration avec le professeur R. Blanchard. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 536, 1903.)

Il s'agit d'un fait tout à fait rare de blastomycose péritonéo-appendiculaire qui avait simulé une appendicite ou une péritonite tuberculeuse.

L'incision du péritoine montra une grosse collection gélatiniforme. L'analyse du liquide démontra qu'il s'agissait d'un blastomycète qui existait aussi dans l'appendice qui fut cultivé et étudié par le professeur Blanchard.

L'opéré guérit et est resté guéri.

Nous avons profité de ce fait pour rechercher des cas analogues ou semblables et les réunir en en faisant une étude devant la Société de chirurgie.

XIII

HERNIES

De la conduite à tenir en face d'un étranglement herniaire.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 662, 1889.)

Nous insistons spécialement sur le rejet dans presque tous les cas de hernies étranglées du taxis, manœuvre brutale et aveugle qui ne pouvait être de mise que lorsque l'ouverture du péritoine était elle-même un danger.

Actuellement, le taxis ne doit être réservé qu'à des faits tout à fait rares de hernies étranglées depuis peu, moyennes ou grosses, chez des gens âgés. Dans tous les autres cas, la kélotomie d'emblée doit être le procédé de choix.

Hernie vaginale testiculaire étranglée, fausse réduction; continuation de l'étranglement par le collet du sac détaché et refoulé avec elle dans le ventre. Kélotomie. (Guérison).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 339, 1882.)

Fait rare observé par nous à la Maison municipale de santé.

Il s'agissait d'un cas de réduction d'une hernie avec déchirure au niveau du collet du péritoine. Celui-ci avait été réduit avec la hernie dans le ventre et les accidents d'étranglement avaient continué.

L'opération faite aussitôt nous montra la cause de cette anomalie. Le collet fut sectionné, l'étranglement fut levé et l'opéré guérit.

C'est là un des accidents du taxis violent tel qu'il était pratiqué autrefois et que nous n'aurons, je l'espère, plus l'occasion de constater actuellement que le taxis est relégué au rang des manœuvres dangereuses et par conséquent prohibées.

Sur la cure radicale des hernies inguinales. Procédé de l'abaissement ou du store.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 513, 1896.)

Dans cette leçon, j'expose ma manière de faire, qui date déjà de deux ans environ et qui s'applique à toutes les hernies inguinales au lieu et place du procédé de Bassini, auquel je reproche de ne pas être applicable dans tous les cas de tissus fibreux minces éventrés et d'ectopier le cordon.

Je préfère à ce procédé celui que je vais décrire très sommairement. Il consiste, après avoir ouvert le canal inguinal, décollé et réséqué le sac herniaire, à abaisser après l'avoir dégagé par quelques coups de sonde cannelée le plan musculaire des transverses et petit oblique et à le suturer par 4, 5, 6 et même plus, points de suture à la soie ou au catgut à l'arcade de Fallope. Ce plan constitue ainsi un véritable store abaissé dans le trajet inguinal, laissant le cordon en place, et renforçant considérablement la paroi abdominale.

Sur un procédé de cure radicale des hernies et en particulier des hernies crurales et inguinales. Myoplastie herniaire.

(*Congrès français de Chirurgie*, Paris, p. 689, 1893.)

Communication à propos d'un fait nouveau de cure radicale de hernie s'appliquant aux hernies inguinales volumineuses à anneaux larges.

Le procédé consiste essentiellement, pour la hernie crurale, après avoir fait l'incision du sac après ligature, à fermer l'orifice crural à l'aide d'un lambeau musculaire emprunté au muscle moyen adducteur, fixé à l'arcade crurale à l'aide de points de suture après son invagination dans l'anneau quand elle est possible.

Pour la hernie inguinale, le lambeau musculaire est emprunté au muscle droit antérieur de l'abdomen, après ouverture de sa gaine aponévrotique. Le lambeau musculaire détaché, à pédicule inférieur, est amené dans le canal inguinal et suturé en bas à l'arcade crurale, en haut au petit oblique qu'il continue et renforce.

Cure radicale des hernies inguinales. Procédé de la myoplastie.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 481, 1894.)

Leçon faite à l'hôpital Cochin sur les indications et la technique du procédé de myoplastie que nous appliquons à la cure radicale des hernies

inguinales volumineuses. Ce procédé consiste essentiellement dans l'emploi d'un lambeau emprunté au grand droit de l'abdomen et venant renforcer le petit oblique et le transverse presque toujours minces et atrophiés. Notre procédé a été exposé tout au long dans la thèse d'un de nos excellents élèves, le docteur Buffnoir. (Thèse, Paris, 1900.)

De la hernie congénitale péritonéo-funiculaire. Cure radicale par la myoplastie.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 242, 1897.)

Leçon faite à l'hôpital Cochin. Après avoir décrit les variétés inguinales de la hernie congénitale en insistant spécialement sur les deux formes les plus fréquentes, péritonéo-funiculaire et péritonéo-testiculaire, et montré qu'il s'agissait là d'un arrêt de développement avec paroi néanmoins généralement bien formée, nous rapportons deux cas de hernies, l'une péritonéo-vaginale avec sac divisé en deux parties par un diaphragme, l'autre péritonéo-funiculaire avec hydrocèle congénitale de la portion funiculaire du sac.

Dans l'un des cas, la paroi musculaire étant atrophiée et l'anneau très large, nous avons mis en pratique, pour la cure radicale, notre procédé de myoplastie consistant à prendre un lambeau du grand droit pour renforcer la paroi au niveau du canal inguinal défoncé.

Cette opération, faite déjà plus de 60 fois, a toujours donné de très bons résultats.

De la hernie congénitale péritonéo-vaginale.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 113, 1897.)

Leçon sur deux cas de hernies péritonéo-vaginales, l'une compliquée d'adhérence de l'épiploon avec le testicule qui remontait quand on essayait de réduire la hernie, l'autre compliquée d'un épanchement liquide dans le sac, constituant une hydrocèle congénitale qui s'est réduite sous l'influence des manœuvres faites pour préparer le champ opératoire.

Nous montrons, à propos de ces deux cas, en quoi consiste l'opération de la cure radicale dans les hernies inguinales congénitales.

Il faut décoller le sac du cordon le plus près possible de l'orifice inguinal interne; c'est là que le décollement se fait le plus facilement, puis, après avoir ouvert le sac, réduit son contenu, réséquer une portion intermédiaire entre le péritoine abdominal et la vaginale, après avoir lié le plus haut possible près de l'anneau inguinal interne. On reconstituera ensuite la vaginale en bas par

quelques points de suture. Dans l'un de nos cas, nous avons fait la cure radicale de l'hydrocèle existante en réséquant la vaginale dans sa plus grande étendue.

Résultats éloignés de la cure radicale des hernies par la myoplastie.

(*XIII*[e] *Congrès international de Chirurgie*, 1900. *C. R.* de la Section de Chirurgie, p. 435.)

Communication faite au Congrès international de chirurgie sur les résultats éloignés de la méthode employée par nous pour guérir les grosses hernies, et dite myoplastie herniaire.

Hernies inguinales des deux canaux de Müller. Absence totale du vagin. Cure radicale et restauration du vagin.

(*Congrès français de Chirurgie*, Paris, p. 437, 1892.)

Hernie crurale étranglée et sphacélée. Anus herniaire. Entéro-anastomose et exclusion de l'anse herniée (Guérison.)

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 262, 1899.)

Sur un cas de pincement crural de l'intestin grêle sans autre signe que l'irréductibilité.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 836, 1901.)

Communication faite à la Société de chirurgie à propos d'un cas de pincement latéral de l'intestin ayant évolué chez une malade, sans aucun signe ni fonctionnel ni général, se manifestant par une petite tumeur irréductible et un peu douloureuse au niveau de la région crurale. J'intervins et constatai l'existence d'un pincement latéral d'une anse d'intestin grêle, et je conclus que toutes les fois qu'il y a le moindre doute il ne faut pas attendre pour opérer, mais intervenir aussitôt. Cette observation a été le point de départ d'une discussion très intéressante à laquelle ont pris part un grand nombre de collègues, qui ont apporté leur savante contribution à cette question du pincement latéral de l'intestin. Un cas rapporté par Lejars, un autre par Delbet montrent qu'il est important d'insister sur ce point, qu'il faut opérer pour peu que quelque doute s'élève sur la possibilité d'un étranglement et surtout quand il s'agit de la région crurale.

De la cure radicale de la hernie crurale.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 356, 1892.)

La cure radicale de la hernie crurale est moins facile, en général, que celle de la hernie inguinale; on ne trouve pas au niveau de l'anneau crural les éléments nécessaires pour reconstituer une barrière solide à opposer à l'issue des viscères abdominaux.

Aussi a-t-on imaginé des procédés très ingénieux pour y remédier. J'ai pratiqué plusieurs fois, après avoir réséqué le sac aussi haut que possible, le tamponnement de l'orifice avec un tampon de catgut destiné à produire un véritable bouchon cicatriciel qui renforce la faible barrière opposée par l'anneau crural.

Cure radicale de la hernie crurale.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 81, 1892.)

Deux cas de hernie crurale étranglée.

(*Bulletins de la Société médico-pratique*, p. 172, 1886.)

De la cure opératoire et radicale des hernies ombilicales.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 722, 1892.)

Nous distinguons, dans cette leçon, les hernies en petites, moyennes et grosses.

Tandis que les petites et les moyennes constituent des lésions relativement faciles à opérer et à résultats bons, les grosses hernies ombilicales chez des femmes généralement obèses, à ventres tombants, souvent emphysémateuses et quelquefois diabétiques, constituent des lésions graves aussi bien au point de vue opératoire que thérapeutique.

La cure radicale comprend l'isolement du sac, l'ouverture de l'abdomen, le décollement d'un épiploon ou d'un intestin généralement adhérent, l'ablation plus ou moins large de masses épliploïques, puis la reconstitution plan par plan de la paroi abdominale. Il faut compter ici avec des infections locales possibles, des sphacèles quelquefois de la peau amincie et ne pas hésiter à largement drainer, pour peu que l'opération ait été laborieuse.

Il faut redouter les récidives qui surviennent souvent chez les femmes obligées de travailler, qui quittent leur ceinture et traversent quelquefois de nouvelles grossesses.

De la cure radicale de la hernie ombilicale chez l'adulte.

(*Presse médicale*, p. 114, 1895.)

Dans cette leçon nous exposons notre façon de faire la cure radicale des hernies ombilicales, petites, moyennes et grosses, en exceptant ces énormes éventrations qui ne nous paraissent pas susceptibles d'être opérées et que l'on droit traiter par une ceinture et un énorme suspensoir soulevant la paroi prolabée. Presque toujours, les malades de cette dernière catégorie sont des emphysémateuses, diabétiques ou cardiaques et la cure radicale ne nous paraît pas indiquée.

Lorsque la hernie est petite, l'opération consistera dans une laparotomie, avec excision des bords de l'anneau ombilical, puis suture plan par plan des diverses couches de la paroi, péritoine, aponévrose, peau. Lorsque la hernie est moyenne ou grosse, on emploiera soit l'omphalectomie de dehors en dedans de Le Dentu, soit l'omphalectomie de dedans en dehors de Condamin. L'opération consistera dans l'ablation de l'épiploon, la résection de l'intestin après libération des adhérences, puis la suture plan par plan des couches de la paroi en ayant soin de réséquer largement les bords rigides de l'anneau par une incision en losange prolongée en haut et en bas.

Les gaines des muscles droits sont ouvertes et l'on fait outre les sutures fibreuses, une suture musculaire au-devant du péritoine et du plan fibreux profond.

La paroi étant toujours très grasse, il ne faut pas hésiter à drainer et réséquer largement la peau amincie qui double souvent les moyennes et grosses hernies.

Le port d'une bonne sangle abdominale est absolument indiqué.

Note sur un cas de hernie du gros intestin. Cure radicale.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 192, 1901.)

Communication faite à la Société de chirurgie à propos d'une hernie volumineuse du gros intestin, dont nous avons pratiqué la cure radicale par le procédé de la myoplastie herniaire.

Cure radicale d'une grosse hernie de l'S iliaque chez un tuberculeux.

(*Congrès français de Chirurgie*, Paris, p. 186, 1889.)

Contribution à l'étude de la hernie diaphragmatique étranglée.

(*Revue de Chirurgie*, p. 756, 1892.)

XIV

CHIRURGIE DU RECTUM ET DE L'ANUS

Le traitement chirurgical des hémorroïdes.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 659, 680, 1887.)

Cette leçon comprend les principales indications du traitement des hémorroïdes externes et internes. Après avoir donné des notions générales sur la complexité de l'étiologie et de la pathogénie, et cela au point de vue de l'hygiène et du traitement prophylactique, nous abordons successivement le traitement chirurgical des hémorroïdes externes de beaucoup les moins importantes puis celui des hémorroïdes internes sinon de beaucoup les plus fréquentes mais se compliquant fréquemment de prolapsus, de fissures, d'hémorragies, d'inflammation et d'étranglement.

Nous sommes partisan, au point de vue opératoire, de la thermocautérisation, de l'ignipuncture pour les petites et moyennes, de la volatilisation par la pince cautère de Richet pour les plus volumineuses, après avoir fait d'abord la dilatation forcée de l'anus. Il faut bien prendre garde de laisser des ponts de muqueuse et de peau intacts pour ne pas s'exposer à des rétrécissements consécutifs. Bien entendu encore, l'opération ne devra se faire en général que sous le couvert de l'anesthésie.

Du traitement des hémorroïdes.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 246, 1899.)

Dans une première partie de cette consultation thérapeutique nous faisons un exposé clinique des hémorroïdes.

Dans une seconde partie nous posons les indications du traitement et passons en revue les diverses méthodes employées : la dilatation forcée du sphincter, l'ignipuncture, l'extirpation par le procédé de Whitehead.

Tout en n'étant pas opposé à la cure sanglante, nous restons fidèle à l'ignipuncture précédée de la dilatation de l'anus soit avec la cocaïne soit avec l'anesthésie générale; cette méthode de traitement nous ayant toujours donné d'excellents résultats, sans aucun accident et sans aucune récidive, chez les nombreux opérés que nous avons pu suivre.

Traitement combiné pour la cure des chutes volumineuses du rectum

(*Congrès français de Chirurgie*, p. 573, 1889.)

Chez un épileptique atteint d'un énorme prolapsus du rectum à travers un plancher périnéal complètement insuffisant, nous avons combiné plusieurs interventions pour arriver au maintien du rectum dans le petit bassin.

D'abord le prolapsus a été largement cautérisé par des raies de feu, puis réduit; puis avivant toute la région antérieure du canal anorectal nous avons rétréci l'anus par une périnéorraphie antérieure, de façon à reporter son orifice vers le coccyx. En résumé, cautérisation ignée et recto-périnéorraphie antérieure, tels ont été les deux temps consécutifs de l'opération complexe pratiquée chez notre malade et qui nous a donné d'excellents résultats. Celui-ci a pu être revu un an après l'opération dans de bonnes conditions.

Sur le prolapsus du rectum.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 758, 1889.)

A propos d'une discussion soulevée par la présentation d'un opéré par le professeur Verneuil, je pus après avoir revu l'opéré de prolapsus par recto-périnéorraphie antérieure et raies de feu confirmer la persistance de sa guérison et le bon fonctionnement du sphincter.

De la cure rapide des fistules à l'anus.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 313, 1888.)

Cette nouvelle méthode de traitement des fistules à l'anus, exposée dans la thèse de Longo (Paris, 1887) et présentée à la Société de chirurgie par M. Quénu prête fortement à la discussion.

Il est certain que presque toutes les fistules à branches multiples, à clapiers irréguliers, intéressant le sphincter et les parties profondes n'en sont pas justiciables; c'est ce qui paraît résulter de l'examen des faits qui ont été rap-

portés et dans lesquels l'insuccès partiel ou complet a suivi l'intervention.

Par contre, les fistules peu profondes à trajets surtout anaux ou périanaux devront en profiter, surtout quand il s'agira de fistules inflammatoires banales, de fistules non tuberculeuses. En somme, méthode de traitement aléatoire qui ne peut être de mise qu'avec une asepsie rigoureuse de la région anopérinéale, si difficile à obtenir même dans les meilleures conditions.

Rétrècissement du rectum traité par la rectoplastie.

(*Presse médicale*, p. 301, 1894.)

Il s'agissait d'une malade atteinte d'un rétrécissement situé au-dessus du sphincter externe et relativement souple, sans altération trop grande de la consistance des tuniques de l'intestin. Pour y obvier, je pensai faire pour le rectum ce que l'on fait pour le pylore et fis une rectoplastie, comme on fait une pyloroplastie en fendant longitudinalement le rectum en arrière et en rapprochant par une ligne de sutures horizontales les deux lèvres de l'incision verticale. De cette façon le rétrécissement fut levé et la malade guérit parfaitement.

De l'anus contre nature dans le traitement du cancer du rectum.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 665, 1890.)

A propos de deux malades atteints de cancer du rectum et auxquels nous avons pratiqué l'anus artificiel iliaque, nous passons en revue les indications de l'anus iliaque dans la cure du cancer du rectum, soit comme opération préliminaire, soit comme opération palliative et définitive d'urgence dans des cas d'occlusion aiguë ou subaiguë, alors que l'ouverture de l'intestin peut être retardée dans les autres cas.

A chacune des variétés de faits correspond une technique particulière pour l'opération.

Dans les anus préliminaires à une extirpation du cancer on doit rechercher la facilité de la fermeture une fois l'extirpation faite et le cours des matières rétabli par l'anus. Si l'anus ne doit être que temporaire, il faut l'établir sans éperon et d'après le procédé de Littre.

Lorsque l'anus doit être définitif après une extirpation ou à titre palliatif, lorsque celle-ci est impossible, on doit l'établir avec un éperon et alors les procédés de Verneuil et de Maydl-Reclus doivent entrer en ligne.

Nous donnons la préférence au procédé de Maydl-Reclus toutes les fois qu'il est de mise en passant sous l'intestin une baguette de verre facilement stérilisable et rigide. (Thèse Adamski, Paris, 1890.)

Énorme tumeur épithéliale développée en arrière du rectum, dans la concavité du sacrum. Laparotomie, puis opération de Kraske, et ablation du néoplasme. Résection du rectum. Invagination d'après Hochenegg. Guérison.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 771, 1900.)

Il s'agit d'un cas tout à fait rare de tumeur épithéliale développée chez une femme, en arrière du rectum qu'elle refoulait en avant. Une première tentative par laparotomie faite par notre collègue Bouilly lui montra les connexions de la tumeur et l'impossibilité de l'enlever par cette voie. Il me confia alors cette malade que j'opérai par résection du sacrum. Je pus morceler le néoplasme en enlevant un fragment du rectum de 6 centimètres environ de longueur qui y adhérait, et invaginer d'aprés Hochenegg le bout supérieur dans le bout anal. L'opérée guérit. La tumeur était un épithélioma développé dans la couche sous-muqueuse du rectum, sans aucune altération de la muqueuse propre au moins appréciable et ayant évolué vers le sacrum.

Ablation du rectum et du côlon pelvien avec hystérectomie totale pour un cancer du rectum propagé à l'utérus.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 1148, 1903.)

XV

CHIRURGIE DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

(HOMMES)

Maladies chirurgicales des organes génitaux de l'homme.

(*Encyclopédie internationale de Chirurgie*, Paris, J.-B. Baillière et fils, t. VII, p. 385, 573, 1888.)

Contribution expérimentale à l'étude de la pathogénie de la vaginalité (en collaboration avec le Dr Terrillon).

(*Gazette médicale de Paris*, p. 385, 420-422, 1879.)

Note sur la réunion dans les opérations sur les bourses.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 6, 1896.)

Dans cette courte note nous insistons sur une manière de faire qui nous a toujours donné d'excellents résultats dans les opérations sur les bourses (varicocèle, castration et hydrocèle). Pour éviter les hématomes si fréquents, quand on fait la réunion simple des bords de la plaie du scrotum, nous appliquons, pour empêcher tout espace mort, quelques sutures en capiton liées sur des morceaux de drain ou des rouleaux de gaze stérile. Ces sutures en capiton appliquent les tissus les uns contre les autres, empêchant toute collection sanguine de se produire. On les enlève le 4e ou le 5e jour et la réunion est parfaite au bout de sept à huit jours.

Du traitement de l'hématocèle vaginale.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 142, 1887.)

Nous résumons dans cette leçon le traitement de l'hématocèle vaginale tel que nous le concevions alors. Nous divisons à ce point de vue les hématocèles

en trois catégories : 1° les hématocèles à parois minces plutôt hydro-hématocèles justiciables du même traitement que l'hydrocèle ordinaire; 2° les hématocèles mais à parois plus épaisses, justiciables de la résection de la paroi, du drainage, de la décortication, avec conservation du testicule; 3° les hématocèles à parois très épaisses avec néomembranes adhérentes justiciables de la décortication ou plutôt de la castration, le testicule étant étouffé alors par le processus fibreux de la pachyvaginalite.

Du traitement de l'hydrocèle par l'incision antiseptique.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 569, 1887.)

La ponction de l'hydrocèle suivie d'une injection iodée plus ou moins concentrée était le traitement de choix de l'hydrocèle depuis Velpeau. L'antisepsie est venue révolutionner ce domaine comme tant d'autres et Volkmann puis Julliard ont réédité l'ancienne opération de Guy de Chauliac, consistant dans l'incision et le drainage ou l'incision avec résection et suture de la vaginale réséquée autour du testicule. Tout en admettant dans de certaines limites, ces opérations sous le couvert d'une antisepsie rigoureuse, nous en tenons encore pour l'opération classique de la ponction suivie de l'injection iodée et ce n'est que dans des cas exceptionnels ou lorsque la récidive a eu lieu que nous conseillons l'intervention sanglante, soit avec la cocaïne, soit avec l'anesthésie générale. Telle était notre opinion en 1887. Elle a changé depuis.

De la cure sanglante de l'hydrocèle.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 61, 1894.)

Alors qu'en 1887 nous ne pratiquions qu'exceptionnellement la cure sanglante de l'hydrocèle, en 1894 nous avons fait un grand pas; nous ne réservons plus la cure par la ponction et les injections caustiques qu'à des cas exceptionnels : petitesse de la tumeur, grand âge du malade, et nous sommes au contraire de plus en plus partisan de la cure sanglante par l'incision antiseptique, la résection avec ou sans drainage suivant l'épaisseur de la tunique vaginale et les altérations qu'elle présente. Cette opération sera faite la plupart du temps avec la cocaïnisation, et ce n'est que dans les cas de très grosses tumeurs ou de tumeurs doubles que l'on emploiera le chloroforme, comme dans le cas qui fait l'objet de cette leçon.

De la cure radicale des kystes spermatiques.

(Revue générale de Clinique et de Thérapeutique, p. 161, 1893.)

Le traitement des kystes spermatiques du cordon se rapproche beaucoup de celui des collections vaginales.

Pour ces tumeurs, nous sommes partisan de la ponction et de la cautérisation de la paroi avec un stylet chargé de nitrate d'argent; ce n'est que dans les cas de tumeurs étendues ou récidivées, que la cure sanglante nous paraît de mise, en laissant au niveau de l'épididyme et du cordon une bande de la paroi kystique. La guérison a toujours été obtenue dans les cas que nous avons traités de la sorte.

Du varicocèle.

(Revue générale de Clinique et de Thérapeutique, p. 9, 177, 1895.)

A propos de deux malades, l'un atteint d'un petit varicocèle douloureux à marche aiguë, l'autre d'un gros varicocèle à marche chronique, nous passons en revue les symptômes essentiels, les formes cliniques, l'évolution du varicocèle. Nous insistons surtout sur son traitement. Tantôt celui-ci est purement hygiénique et orthopédique; mais le plus souvent c'est à une opération qu'il faut recourir.

Celle-ci est tantôt : 1° l'extirpation du paquet variqueux du cordon; 2° la résection du scrotum; 3° tantôt encore l'extirpation combinée à la résection scrotale.

Tandis que la résection du scrotum qui tend à se généraliser conviendra surtout aux cas où le scrotum est long, flasque et distendu la résection des varices s'appliquera plutôt à ceux où avec un scrotum petit, il y aura des varices volumineuses. La combinaison des deux procédés conviendra aux varicocèles remarquables et par le volume des veines et par la laxité du scrotum.

Présentation d'un malade opéré d'orchidopexie.

(Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, p. 299, 1890.)

De l'uréthrectomie dans certains rétrécissements de l'urèthre pénien.

(Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, p. 522, 1895.)

Fistule recto-urétrale. Suite d'abcès de la prostate.

(*Union médicale*, p. 2, 1874.)

Sarcome globo-cellulaire de la région périnéale à marche inflammatoire. Ablation avec résection du bulbe de l'urètre.

(*Annales des Maladies des Voies génito-urinaires*, p. 114, 1892.)

Tumeur du périnée.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 725, 1891.)

Du cathétérisme rétrograde.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 16, 1888.)

Sonde brisée dans la vessie et retirée par les voies naturelles.

(*Bulletins de la Société médico-pratique*, Paris, p. 102, 1887.)

Kyste hydatique de la région rétrovésicale. Rétention d'urine et occlusion. Laparotomie suivie de la suture du kyste à l'abdomen (Rapport).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 831, 1892.)

Sur la suture totale de la vessie après la taille hypogastrique.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 327, 1889.)

Taille hypogastrique et suture immédiate de la vessie.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 865, 1893.)

Nous avons été l'un des premiers à conseiller et à faire la suture immédiate de la vessie, après la taille hypogastrique dans les cas de vessies saines, d'urines peu ou pas altérées. Dès 1888 nous l'avons préconisée.

Nous conseillons la suture des deux plans : l'un, muqueux, au catgut résorbable, l'autre, musculaire, à la soie 00. Il est bon de placer un drain à la partie inférieure de la plaie hypogastrique, drain qui obvie à toutes les craintes de non-étanchéité de la suture et simplifie par conséquent de beaucoup les suites.

C'est à propos d'un malade opéré de taille pour un gros calcul très bien toléré que nous avons pratiqué la taille hypogastrique et refermé aussitôt la vessie par un double plan de sutures avec drainage de l'espace prévésical. La réunion s'est faite sans encombre et l'opéré était guéri au bout de quinze jours.

Note sur un cas de néphrotomie transpéritonéale pour un abcés du rein gauche.

(*Congrès français de Chirurgie*, p. 143, 1887)

Présentation d'un malade atteint d'une énorme hydronéphrose

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 429, 1897.)

Ce malade a été présenté à la Société de chirurgie parce qu'il est un des premiers à qui l'on a pu traiter une énorme hydronéphrose par le cathétérisme urétéral et le lavage de la poche par une solution de nitrate d'argent, aprés son évacuation. Cette observation a été le point de départ de la thèse de mon éléve, le docteur Imbert, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux de Marseille.

Tumeur de la capsule surrénale droite. Néphrectomie.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 764, 1892.)

Il s'agit d'une très grosse tumeur de la capsule surrénale droite faisant corps avec la partie supérieure du rein, chez un homme atteint d'une albuminurie grave, puisqu'il rendait 28 grammes d'albumine en vingt-quatre heures.

La néphrectomie fut faite après vérification de l'état de l'autre rein et l'opéré guérit.

La tumeur était un cylindrome de la capsule surrénale.

Néphrectomie pour tuberculose massive du rein et cholécystotomie idéale pour lithiase de la vésicule.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 783, 1898.)

Présentation d'une malade à laquelle, dans la même séance, nous avons enlevé un rein droit atteint de tuberculose massive et fait une cholécystotomie idéale pour une lithiase vésiculaire trés douloureuse. Guérison parfaite.

Hydronéphrose avec coudure de l'uretère. Néphrectomie (Guérison).

(Revue générale de Clinique et de Thérapeutique, p. 17, 1899.)

Leçon clinique sur une jeune fille de vingt ans adressée dans mon service pour une tumeur du rein droit ectopié et que nous pensons être une hydronéphrose par rétention. Néphrectomie transpéritonéale. Guérison.

Ce qu'il y a de remarquable chez elle, c'est le rapide retour d'une sécrétion urinaire normale par le rein gauche sain. Alors que l'oligurie avant l'opération était descendue à 250 centimètres cubes par jour, dès le lendemain le taux des urines montait à 750, puis 1 200, puis même 1 700, pour redescendre ensuite à 1 250, normale quotidienne.

A propos des ruptures traumatiques du rein.

(Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, p. 289, 1900.)

Sarcome fusocellullaire avec dégénérescence graisseuse centrale développé aux dépens de la capsule fibreuse du rein droit. Néphrectomie.

(Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, p. 387, 1901.)

Ablation d'une grosse tumeur épithéliale du rein (néphrectomie).

(Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, p. 1067, 1902.)

Tumeur du rein simulant une affection de l'estomac; tumeur rénale à forme gastrique. Néphrectomie (Guérison).

(Journal des Praticiens, n° 27, p. 417, 1905.)

De la séparation des urines dans la vessie.

(Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, p. 585, 1902.)

XVI

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

Utérus. Opérations. Hystérectomies.

(*Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. XXXVII, J.-B. Baillière, 1885.)

Des maladies chirurgicales de l'utérus.

En collaboration avec les docteurs Riche et Hepp.

(*Traité de Chirurgie clinique et opératoire* Le Dentu et Delbet, t. X, p. 601-768, 1901.)

Des tumeurs polypoïdes papillaires de l'urètre chez la femme.

(*Semaine médicale*, p. 186, 1889.)

Leçon consacrée à l'étude des papillomes de l'urètre chez la femme à propos de trois observations nous montrant bien la symptomatologie et l'évolution de ces lésions.

Après avoir exposé aussi complètement que possible la bibliographie de cette question, nous passons en revue les signes essentiels locaux et fonctionnels.

Ces tumeurs sont presque toujours des papillomes très vasculaires et aussi très douloureux, implantés ordinairement largement sur la paroi inférieure du canal.

Pour nous, l'opération de choix consiste à fendre, s'il le faut, la paroi inférieure, à enlever largement la tumeur et sa base d'implantation, puis autour d'une sonde à demeure de reconstituer le canal par des sutures.

Sur un cas d'absence congénitale du vagin. Laparotomie exploratrice. Création d'un vagin artificiel.

(*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, décembre 1897.)

Il s'agit d'un cas remarquable d'absence des deux tiers inférieurs du vagin avec dilatation kystique du tiers supérieur, surmonté d'un utérus rudimen-

taire n'ayant qu'un ovaire et une trompe à gauche, tandis qu'à droite existe un rudiment de ligament rond supérieur.

C'était chez une jeune fille de vingt ans qui n'avait jamais eu de règles, mais des douleurs vives au moment des époques pendant quelques mois, puis plus rien.

La laparotomie exploratrice, que nous conseillons dans tous les cas où nous n'avons pas une notion suffisante de l'état des organes profonds, a précédé la réfection d'un vagin. Cette dernière opération a consisté à décoller vessie et rectum, à ouvrir le kyste profond formé par la poche vaginale profonde et à suturer à la vulve les parois de ce kyste. Les règles sont venues deux fois après cette intervention et nous avons obtenu un vagin long de 5 à 6 centimètres admettant une bougie d'Hegar n° 15 que la fonction physiologique améliorera certainement encore.

Sur un cas de sarcome angioplastique du vagin. Mort après hémorragie.

(*Bulletins de la Société de Gynécologie, Pédiatrie et Obstétrique*, p. 217, 1900.)

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-quatre ans qui a eu un accouchement à terme à vingt-trois ans et une fausse couche il y a quelques mois. Elle entre à l'hôpital pour une tumeur ulcérée du vagin qui saigne abondamment, si abondamment que rien ne peut arrêter le sang, et à qui on allait pratiquer la ligature des hypogastriques quand elle mourut.

L'examen fait par M. le Dr René Marie montra un sarcome angioplastique.

Mais repris plus tard plus complètement à propos de la thèse de mon élève Rollin (*Des tumeurs primitives du vagin*, Paris, 1905) l'examen montra qu'il s'agissait d'un chorioépithéliome du vagin, tumeur très rare et dont il n'existe que quelques cas authentiques.

Fistule vésico-vaginale guérie par la méthode du dédoublement.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 909, 1900.)

De la périnéorraphie secondaire.

(*Revue de Chirurgie*, p. 966, 1885.)

J'ai désigné sous le nom de périnéorraphie secondaire celle qui est pratiquée dans les jours qui suivent l'accouchement alors que la déchirure du

périnée est en plein bourgeonnement pour l'opposer à la primitive, qui est faite immédiatement après la rupture, et à la tardive, faite hors de la période puerpérale, alors que la cicatrisation a eu lieu.

Il est certain que la périnéorraphie secondaire ne doit pas être une opération de choix et l'on est dans de mauvaises conditions pour une bonne réunion : toutefois lorsque pour des circonstances dont on n'est pas responsable, le périnée rompu n'a pas été réparé aussitôt et que de gros inconvénients résultent de l'incontinence absolue des matières fécales, par déchirure du sphincter, il sera bon de faire la réparation même en plein bourgeonnement et, comme le démontre notre cas, on peut obtenir d'excellents résultats.

Technique du curettage de l'utérus.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 625, 1891.)

Dans cette leçon, j'expose la technique du curettage de l'utérus en faisant l'anesthésie locale à la cocaïne. L'utérus ayant été dilaté, après précautions d'asepsie et d'antisepsie usuelles, on applique dans l'utérus à l'aide de petites tiges munies d'ouate hydrophile de la solution de cocaïne au dixième, cela pendant 7 à 10 minutes environ. Un tampon cocaïné est aussi mis sur le col.

Au bout de ce temps, on peut abaisser l'utérus et pratiquer le curettage sans grandes souffrances de la part de la femme.

Sur le traitement des polypes utérins.

(*Bulletin de la Société médico-pratique*, p. 131, 1886.)

Sur le traitement des polypes utérins.

(*Bulletins de la Société médico-pratique*, p. 131, 1886.)

De l'hystérotomie médiane antérieure exploratrice appliquée au traitement des fibromes intra-utérins.

(*Semaine gynécologique*, p. 337, 1896.)

Un des premiers j'ai appliqué ce procédé à l'exploration de la cavité utérine et au traitement des fibromes intra-utérins.

Il consiste, après avoir abaissé l'utérus, à circonscrire le col de l'utérus par une hémi-incision antérieure, à décoller la vessie puis à sectionner de bas en haut le col utérin au niveau de sa paroi antérieure comme dans une hysté-

rectomie avec hémisection. Une fois arrivé dans le corps de l'utérus, on peut l'explorer, s'il y a un fibrome, l'extirper par la brèche faite et s'il y a lieu, de par la nature des lésions, transformer l'hystérotomie en hystérectomie vaginale en complétant l'incision du col en arrière.

Note sur les indications et la technique de l'hystérectomie vaginale.

(*Annales de Gynécologie*, p. 175, 1898.)

Dans ce mémoire nous rapportons 27 faits d'hystérectomie vaginale pour fibromes qui ne nous ont donné qu'une mort. Malgré cette bénignité, nous sommes de plus en plus porté vers l'hystérectomie abdominale.

Le seul fait de mort concerne le cas d'une femme déjà opérée de double annexite deux ans avant, ce qui ne l'empêcha pas de faire un fibrome et des hémorragies.

L'hystérectomie vaginale fut pratiquée, mais pendant l'opération les deux pinces utérines lâchèrent presque simultanément, d'où une hémorragie grave qui nécessita l'ouverture du ventre pour aller pincer directement les deux utérines. L'opérée mourut au bout de trente-six heures. Les deux artères utérines étaient friables et sclérosées. Le système artériel de la malade était dans un état de sclérose avancée.

Myome développé dans le cul-de-sac de Douglas sous le péritoine. Laparotomie. Ablation.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 1171, 1900.)

Cette pièce rare a été présentée à la Société de chirurgie. Il s'agit d'un énorme fibromyome développé dans les fibres lisses qui tapissent le péritoine du cul-de-sac de Douglas. Cette tumeur souleva peu à peu l'utérus de sorte que ce dernier avec ses ovaires et trompes affleurait à l'ombilic, comme à cheval sur la grosse masse sous-jacente.

La laparotomie me permit d'énucléer cette masse qui était en effet un fibromyome et de guérir la malade.

Fibrome sous-péritonéal de l'utérus à pédicule tordu.

(*Bulletins de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, Paris, p. 123, 1900.)

De la torsion du pédicule des fibromes sous-péritonéaux de l'utérus.

(*Bulletins de l'Académie de Médecine*, Paris, p. 780, 1896.)

La torsion du pédicule des kystes de l'ovaire est bien connue. Il n'en est pas de même de celle des fibromes pédiculés, soit que ce pédicule soit formé par l'utérus lui-même, soit qu'il soit formé par un tissu fibreux reliant la tumeur à l'utérus, dans les cas de fibromes sous-péritonéaux. Ayant eu l'occasion d'observer un fait de cette nature nous en avons fait l'objet d'un mémoire décrivant les symptômes, le diagnostic, le traitement de la torsion des pédicules des fibromes utérins sous-péritonéaux.

Tumeur fibrokystique insérée sur le fond de l'utérus.

(*Revue de Chirurgie*, p. 287, 1884.)

Fibromyome de la trompe utérine droite à son origine.

(*Bulletins et Mémoires de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Paris, p. 73, 1890.)

Discussion à propos de l'hystérectomie abdominale pour fibromes.

(*Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 1107, 1903.)

Hystérectomie abdomino-vaginale pour un myxofibrome de l'utérus.

(*Congrès français de Chirurgie*, p. 132, 1893.)

L'hystérectomie abdominale totale n'avait pas encore subi alors les modifications qui en font aujourd'hui l'opération de choix. L'hystérectomie vaginale était très en honneur et avait donné de très bons résultats. Pour une grosse tumeur myxofibromateuse de l'utérus, je combinai les deux méthodes vaginale et abdominale, suivant en cela une pratique mise en usage par Péan et j'obtins un excellent résultat.

Discussion sur l'hystérectomie abdominale totale.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 552, 1897.)

De l'hystérectomie.

(*Revue générale dans Revue de Chirurgie*, p. 486, 1882; p. 125, 195, 1883.)

Volumineux fibrome chez une jeune fille de vingt ans.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 538, 1894.)

Énorme tumeur fibromateuse de l'utérus ayant donné lieu par des adhérences épliploïques à un développement veineux tel que j'avais jugé prudent deux ans avant de ne pas continuer l'opération après avoir fait une laparotomie exploratrice. Ce fibrome, qui pesait 3 kilog. 500, s'était développé trés rapidement et avait donné lieu à des accidents de compression, mais sans aucune métrorragie ou douleur.

L'opération devait être terminée rapidement, à cause de l'état syncopal de l'opérée. On pratiqua le procédé du pédicule externe d'après Hegar et le moignon utérin fut fixé à l'angle inférieur de la plaie abdominale. L'opérée a parfaitement guéri.

Sur un cas d'urétérocystonéostomie. A propos de l'hystérectomie totale abdominale ou vaginale pour fibromes.

(*Congrès français de Chirurgie*, p. 860, 1897.)

La section de l'uretère est une complication grave de l'hystérectomie abdominale; elle n'arrive généralement que dans les cas de gros fibromes du segment inférieur ou encore des fibromes du ligament large; presque toujours c'est près de la vessie que se fait la section. Lorsqu'on s'aperçoit de l'accident il faut pratiquer l'urétérocystonéostomie immédiate.

C'est ce que nous avons fait avec succés chez la femme dont nous rapportons l'histoire au Congrés de chirurgie.

Sur l'urétérocystonéostomie immédiate pour remédier à une section de l'uretère pendant une hystérectomie totale pour fibrome.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 700, 1897. *Congrès de Chirurgie*, 1897.)

Sarcomes primitifs de l'utérus non greffés sur des fibromes.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 432, 1902.)

Sur un cas d'hystérectomie abdominale totale pour un abcés du parenchyme utèrin.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 679, 1897.)

Les abcés du parenchyme utérin sont trés rares et c'est à grand'peine que nous avons pu en recueillir des observations. C'est pourquoi nous avons publié le cas que voici, très résumé.

Il s'agit d'une jeune femme atteinte de pyosalpynx double avec pelvipéritonite, chez laquelle on pratiqua dans une première intervention la double castration. Elle guérit mais revint un an après environ avec des douleurs très vives et surtout un point douloureux très net au niveau du fond de l'utérus. Nous pensâmes qu'il y avait lieu de compléter notre première opération par l'ablation de l'utérus. Celle-ci fut pratiquée.

L'examen de la pièce nous montra en plein parenchyme utérin, vers le fond et nullement en rapport avec la trompe correspondante, un abcès gros comme une noisette, contenant une culture pure de staphylocoques dorés.

L'opérée guérit.

Hypertrophies du col de l'utérus et opérations anaplastiques.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 69, 1891.)

Du traitement du cancer du col de l'utérus.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 877, 1888.)

Du traitement du cancer du col utérin par l'hystérectomie vaginale

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 690, 1891.)

A propos de la discussion suscitée sur cette question à la Société de chirurgie, nous avons apporté le bilan de notre expérience.

Malheureusement, nous n'avions eu que peu de cas à opérer ou plutôt opérables. Les femmes nous arrivent presque toujours avec des lésions telles que toute intervention est impossible. Nous n'avons pu réunir que trois cas dont un opéré dans d'excellentes conditions et malgré cela en pleine récidive au bout de quelques mois; deux autres compliqués l'un de paralysie du sphincter vésical pendant trois mois, l'autre de fistule vésico-vaginale qui reste guérie, mais sont encore trop récents pour qu'on puisse parler de guérison thérapeutique.

Cancer du col de l'utérus et hystérectomie vaginale.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 477. 1891.)

Leçon faite pendant le remplacement que je faisais à la Charité dans la clinique du professeur Duplay et destiné à mettre au point la question de l'hystérectomie vaginale dans le cancer du col. Quoique peu porté vers cette opération, je reconnais néanmoins, étant donnée sa bénignité opératoire

qu'elle doit être de mise toutes les fois qu'elle est facile, quand l'utérus est facile à abaisser, qu'il n'y a pas d'envahissement du vagin ou des ligaments larges.

La technique que je conseille est celle indiquée par Richelot, avec pincement des ligaments larges pendant quarante-huit heures.

Du traitement du cancer du col de l'utérus par l'hystérectomie abdominale totale.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 810, 1899.)

Peu satisfait des résultats thérapeutiques fournis par l'hystérectomie vaginale dans la cure du cancer, je me suis tourné vers l'hystérectomie abdominale totale.

Je considère qu'un des temps essentiels est la désinfection aussi complète que possible du col dans un premier temps qui peut être fait dans une séance séparée ou dans la même séance. Il faut détruire par la curette et le bouton du thermocautère tous les tissus végétants fongueux et sanieux de façon à obtenir un foyer aussi peu septique que possible.

Il sera toujours bon après l'hystérectomie, de drainer largement par le vagin.

J'ai fait 6 opérations avec 6 guérisons opératoires. Dans un cas je n'ai pu enlever toutes les lésions ne voulant pas réséquer l'uretère englobé dans une grande étendue. Deux malades restent guéries depuis vingt-trois mois et quinze mois.

Du curettage appliqué au traitement des cancers de l'utérus. Ses accidents.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 113, 1891.)

Dans cette leçon nous donnons les principales règles à suivre pour le curettage. Dans les cas de lésions du col, le curettage est surtout dirigé contre les écoulements sanieux, ichoreux ou hémorragiques. Il faut éviter avant tout de produire une fistule vésicovaginale ou rectovaginale, de perforer l'utérus jusque dans le péritoine. Tous ces accidents seront évités, quand on prendra la précaution d'explorer la vessie et le rectum et de se rendre compte de la distance qui les sépare de la curette tranchante. Quant à la perforation péritonéale elle est souvent inoffensive, grâce aux précautions d'asepsie prises auparavant. Dans un cas nous avons pu faire la suture de la déchirure produite par la curette et notre opérée a guéri.

Kyste suppuré de l'ovaire droit.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 756, 1891.)

Leçon sur un cas de kyste suppuré de l'ovaire chez une femme en état puerpéral et qu'on ne diagnostiqua d'une façon ferme qu'en faisant la laparotomie. L'état était si grave qu'on commença l'opération, en anesthésiant à la cocaïne la ligne blanche et on redonna un peu de chloroforme qu'après s'être rendu compte des adhérences et des connexions de la tumeur. L'opérée guérit après ablation totale de son kyste.

Deux cas de kystes gélatineux de l'ovaire.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 342, 1891.)

Sur deux cas de torsion du pédicule du kyste de l'ovaire.

(*Bulletins et Mémoires de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, p. 142, 1889.)

Kyste dermoïde des deux ovaires chez une femme ayant eu six grossesses (Discussion).

(*Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 314, 1901.)

Hystérectomie avec ablation bilatérale des annexes. Castration totale.

(*Congrès français de Chirurgie*, p. 714, 1895.)

Sur le traitement des suppurations pelviennes par l'incision du cul-de-sac postérieur et latéral.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 734, 1898.)

Dans cette communication, nous ne nous montrons pas partisan de la méthode dite de Laroyenne consistant à ouvrir systématiquement les collections annexielles par le vagin, même lorsqu'elles en sont à une petite distance. Autant nous sommes d'avis d'ouvrir ces collections par le vagin, quand elles bombent dans les culs-de-sac et se trouvent pour ainsi dire sous le bistouri, autant nous sommes éloigné de cette opinion quand il s'agit de collections haut placées, qu'on ne sent qu'en déprimant la masse par la pression sur l'abdomen. Souvent ce sont des lésions complexes, et il faut traverser une, deux

et même plusieurs poches de pelvipéritonite avant d'arriver sur la collection salpingienne ou ovarique. Nous avons par devers nous trois faits où des complications graves ont suivi ces tentatives; une fois il y eut une hémorragie très sérieuse; une autre fois il y eut ouverture de la grande cavité péritonéale. Nous y avons remédié par une laparotomie immédiate; une autre fois il y eut probablement aussi ouverture de cette cavité et péritonite à laquelle l'opérée succomba.

Varices développées autour de l'orifice fistuleux d'une collection du Douglas dans le rectum. Hémorragies. Guérison par la cautérisation.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 580, 1888.)

Il s'agit d'un fait rare; du développement d'hémorroïdes autour d'un orifice fistuleux situé sur la paroi antérieure du rectum à quelques centimètres de l'anus et donnant issue au pus d'une collection pelvienne.

La malade avait des pertes de sang considérables, si fortes que toute tergiversation fut interdite et qu'il fallut intervenir.

Sous le chloroforme on put après dilatation de l'anus se rendre compte de la situation exacte du bourrelet veineux et le détruire au thermocautère.

Tous les accidents cessèrent aussitôt, si ce n'est toutefois la fistule qui persiste encore.

Du traitement des rétrodéviations de l'utérus (Hystéropexie).

(*Congrès de Gynécologie international*, Genève, 1896.)

Ce mémoire est basé sur 46 observations de rétrodéviations utérines traitées par l'hystéropexie abdominale.

Celle-ci, pour n'être pas un obstacle à un accouchement ultérieur, doit toujours être faite de façon que la soudure de l'utérus à la paroi abdominale ait lieu très au-dessous du fond et de la ligne qui réunit les embouchures des trompes dans la cavité utérine.

Nos résultats ont été très bons puisque, au point de vue opératoire, ils se chiffrent par 45 guérisons et une seule mort, trois semaines après par tuberculose galopante.

Nous avons eu dans deux cas une pneumonie et une occlusion intestinale qui toutes deux se sont bien terminées.

Chez 34 opérées revues de trois mois à cinq ans et demi après l'opération, 2 seulement ont eu une récidive, 2 ne sont pas soulagées; 30 ont été guéries

complètement et 5 ont eu des grossesses dont 3 sont arrivées à terme sans encombre.

Résultat de quarante-six opérations d'hystéropexie abdominale contre des rétrodéviations de l'utérus.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 595, 1896.)

Du traitement des déviations utérines par l'opération d'Alquié-Alexander.

(*Revue de Chirurgie*, p. 831, 1889.)

Voici les conclusions de notre mémoire basé sur une dizaine d'observations. L'opération d'Alquié-Alexander nous paraît bonne dans tous les cas de déviations utérines réductibles ou réduites, mais faciles à maintenir; elle nous paraît encore indiquée dans les cas de prolapsus simples au premier degré, pourvu que celui-ci se laisse facilement replacer; il sera bon de la combiner alors avec une opération sur le vagin ou le périnée.

L'opération est d'une bénignité complète comme suites.

Quand la rétroversion est adhérente, difficile à réduire et à maintenir, quand à côté des signes fournis par la déviation utérine, il en existera qui indiquent une maladie du petit bassin ou des annexes, la laparotomie sera de mise et on la fera suivre de l'hystéropexie, après avoir fait le nécessaire pour les lésions des annexes.

Note sur le traitement des rétrodéviations utérines par le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds.

(*Annales de Gynécologie*, p. 358, 1900. *XIII*[e] *Congrès des Sciences médicales de Paris.*)

Mémoire basé sur cinq observations de raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds que nous préférons à l'hystéropexie chez les femmes jeunes, et surtout à l'opération d'Alquié-Alexander qui ne donne pas les mêmes garanties au point de vue de la reposition de l'utérus, de l'exploration du petit bassin et de son contenu.

Nous avons fait l'opération par plicature des ligaments ronds de façon à reconstituer la région dans son aspect anatomique normal.

Notre première malade, âgée de vingt-trois ans, est venue nous revoir enceinte de trois mois; elle avait subi, outre le raccourcissement, l'ablation d'un petit kyste de l'ovaire droit avec suture consécutive de l'ovaire et l'évacuation d'un petit hématome de la trompe gauche.

Note sur le raccourcissement intrapéritonéal des ligaments ronds.

(*XIIIe Congrès International de Médecine*. Section de Gynécologie, p. 223, 1900.)

Suites des opérations pratiquées sur l'utérus et ses annexes au point de vue des grossesses et des accouchements ultérieurs.

(*Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, p. 36, 1900.)

Du traitement des prolapsus génitaux et en particulier des formes rebelles par l'hystéropexie et l'hystérectomie vaginale.

(*Congrès français de Chirurgie*, p. 620, 1896.)

Mémoire basé sur 9 observations de prolapsus rebelles et traités par l'hystéropexie et l'hystérectomie vaginale.

Il faudra combiner à ces opérations les opérations anaplastiques habituelles sur le vagin et le périnée.

Il faut avoir comme règle de conduite au point de vue de l'intervention : 1° de paraître toujours faire trop pour arriver à faire assez; 2° de se rendre un compte exact des lésions complexes du prolapsus pour s'attaquer à tout ce qui est abordable et attaquable.

Grossesse extra-utérine tubaire rompue. Adhérences au gros intestin. Grossesse de sept à huit mois. Mort du fœtus. Ablation dix mois après le début présumé de la grossesse.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 1190, 1904.)

Grossesse tubaire rompue. Laparotomie. Abcès du cul-de-sac de Douglas.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 928, 1899.)

Fibromes avec obstruction du détroit inférieur, compliquant une grossesse de quatre mois. Hystérectomie abdominale totale.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, Paris, p. 1146, 1900. — *C. R. de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, p. 107, 1901.)

Plaie pénétrante de l'abdomen et de l'utérus chez une femme enceinte de six mois.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 637, 1887.)

Occlusion intestinale chez une femme enceinte de cinq mois. Laparotomie (Guérison).

(Rapport. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 972, 1898.)

XVII

CHIRURGIE DU MEMBRE SUPÉRIEUR

Sarcome kystique télangiectasique de la tête de l'humérus; ligature préliminaire de la sous-clavière entre les scalènes. Désarticulation de l'épaule.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 754, 1886.)

Enchondrome de la tête de l'humérus. Désarticulation interscapulo-thoracique (Guérison).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 830, 1896.)

Enchondrome kystique de l'omoplate Résection sous-spinale avac conservation de l'articulation de l'épaule.

(*Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 820, 1900.)

Luxation sus-acromiale de la clavicule. Agrafage de Jacoël.

(*Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 850, 1903.)

Fracture oblique indirecte de la clavicule. Suture ossense.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 497, 1899.)

Périarthrite scapulo-humérale à pneumocoques. Trombose de la veine axillaire.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 383, 1891.)

Luxation ancienne da l'épaule. Réduction avec l'appareil d'Hennequin.

(*Union médicale*, Paris, p. 146, 1894.)

De l'arthrite blennorragique du coude.

(*Journal des Praticiens*, p. 754, 1904.)

Tumeur blanche du coude. Amputation du bras.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 277, 1894.)

Résection typique pour une ostéo-arthrite du coude.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 717, 1891.)

Traitement opératoire des luxations irréductibles du coude.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 283, 1893.)

Contribution au traitement opératoire des luxations irréductibles du coude, à propos de deux faits observés par nous et traités par la résection après tentative de réduction sous le chloroforme. Dans les deux cas l'obstacle à la réduction de la luxation était constitué par des tissus fibreux interposés entre la trochlée et l'apophyse coronoïde et une fois au moins il s'agissait du brachial antérieur transformé et altéré.

La résection a été dans les deux cas une résection atypique, peut-être un peu trop économique dans le 1er cas qui concernait un enfant de quatorze ans; dans les deux cas nous avons resuturé l'olécrâne sectionné pour reconstituer le crochet articulaire, ou plutôt fait porter la résection sur les extrémités osseuses des os de l'avant-bras (radius), moins sur la trochlée terminale. Le résultat a été médiocre dans le premier cas; très bon dans le second, où il s'agissait d'un homme de trente-cinq ans. Mon impression est qu'il vaudrait mieux attaquer l'humérus à sa partie inférieure et respecter les deux extrémités des os de l'avant-bras.

Suture de l'olécrâne en cas de fracture fermée.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 93, 1895.)

Sur un cas de luxation traumatique de l'extrémité supérieure du radius traitée par la résection (Rapport).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 40, 1897.)

Des luxations du nerf cubital.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 207, 1896.)

Mémoire présenté à la Société de chirurgie et concernant le déplacement du nerf cubital hors de sa gouttière épitrochléo-olécrânienne.

A l'occasion d'un cas observé par nous, nous avons recherché tous les cas analogues pour en donner une description complète et en indiquer le traitement.

Le premier fait authentique est celui de Blattmann de Zürich, publié en 1851 : les seuls travaux faits sur ce sujet sont un mémoire d'Annequin (*Archives de médecine et de pharmacie militaire*, p. 432, 1890) et une thèse de Raymonencq (Lyon, 1891) dans laquelle il rapporte un cas inédit de Poncet, de Lyon. Nous avons pu recueillir en tout 10 observations.

On peut diviser les luxations du cubital en deux catégories : 1° les luxations habituelles caractérisées par une mobilité anormale du cordon nerveux, sortant et rentrant alternativement dans la gouttière par suite de mouvements de flexion et d'extension du coude; 2° les luxations proprement dites : pour ces dernières, à la suite d'un traumatisme direct du coude et d'une violente contraction musculaire on s'aperçoit que le nerf cubital a quitté sa place habituelle et est venu se loger soit en dedans, soit en avant de l'épitrochlée. Il y reste, que le bras se fléchisse et s'étende.

Le pronostic de la luxation du nerf cubital doit être réservé, étant donné qu'une névrite peut venir compliquer la situation.

Le traitement variera suivant les circonstances : quand le traumatisme sera récent, on tentera la réduction du nerf et son maintien, le bras étant en extension. Quand elle se reproduit et que le traumatisme est ancien, il faut, par une opération, déloger le nerf, le remettre dans sa gouttière et l'y maintenir en constituant un arrêt postérieur reformant la loge aux dépens des tissus fibreux de la région. Il ne faut compter que sur une lente disparition des phénomènes douloureux, si le nerf a été atteint de névrite. La thèse de notre élève Drouard (Paris, 1896) rapporte tous les faits connus et en fait une étude très complète.

Luxation du nerf cubital. Opération.

(*Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 3, 1903.)

Il s'agit d'un nouveau fait de luxation incomplète habituelle, survenue chez un balayeur devenu complètement impotent depuis ce moment de son

coude gauche. Le nerf gros et fusiforme venait à chaque mouvement de flexion sur la pointe de l'épitrochlée et le blessé, chez qui les accidents dataient d'un violent effort fait quelque temps avant, ressentait alors des fourmillements et des élancements dans les deux derniers doigts de la main.

J'ai conseillé à ce malade une intervention qui a consisté à creuser la gouttière épitochléo-olécrânienne, et à y maintenir le nerf à l'aide d'une bandelette aponévrotique prise sur la masse musculaire épitrochléenne et suturée à l'aponévrose brachiale au niveau de l'olécrâne.

La guérison a été complète.

Anévrysme de la cubitale.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 205, 1894.)

Leçon sur le traitement des anévrysmes traumatiques de l'avant-bras, après avoir exposé leur pathogénie.

Il s'agissait ici d'un anévrysme circonscrit après une plaie, par éclat de vitre, de la cubitale, plaie traitée par la forcipressure puis la compression, développé au bout de cinq jours aux dépens du muscle cubital antérieur dans lequel le sang s'était creusé un sac. Le traitement a consisté à lier la cubitale au-dessus et au-dessous et à enlever largement le segment intermédiaire.

Le blessé est sorti guéri au bout de dix jours.

Fracture rare de l'extrémité inférieure du radius chez un enfant.

(*Revue d'Orthopédie*, p. 333, 1898.)

Cas de fracture rare de l'extrémité inférieure du radius à environ 4 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire, presque transversale et bien démontrée par la radiographie.

Il n'y avait aucune tendance au déplacement et la radiographie seule pouvait confirmer le diagnostic basé sur l'impotence, sur le gonflement avec épanchement sanguin et sur la crépitation. Le traitement a consisté en massages et enveloppement ouaté.

Du traitement des kystes synoviaux du poignet.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 223, 1887.)

Synovite à grains riziformes de toute la gaine synoviale de l'index. Large incision. Curettage et cautérisation au chlorure de zinc (Guérison).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 744, 1887.)

Plaie de la paume de la main. Section des tendons fléchisseurs.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 371, 1888.)

Note sur un cas de ténorraphie du tendon de l'extenseur du médius.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 665, 1889.)

Communication faite sur un cas de ténorraphie du tendon de l'extenseur du médius.

Il s'agissait d'un écartement de 4 centimètres environ et toutes les tentatives pour rapprocher et suturer les deux bouts n'eussent abouti qu'à effilocher les bouts tendineux. Nous avons alors cerclé chacun des bouts à l'aide d'un fort catgut l'entourant complètement comme un collier et les fils de suture ont été passés dans les bouts tendineux au-dessus des colliers de catgut, de façon à prendre appui sur eux. Grâce à cet artifice, la suture a pu être faite et a tenu. Le blessé a parfaitement guéri et peut étendre complètement le médius. Il y a adhérence entre la peau et la cicatrice tendineuse.

Note sur la réparation des tendons extenseurs du pouce.

(*Revue de Chirurgie*, Paris, p. 901, 1885.)

Il s'agit d'un procédé de réparation des tendons extenseurs du pouce sectionnés et dont les bouts supérieurs n'ont pu être retrouvés et par conséquent rapprochés des bouts inférieurs. Ce procédé a consisté à dédoubler le tendon du premier radial et à suturer la lame superficielle ainsi détachée aux bouts périphériques des tendons du pouce. Ce procédé est devenu classiquo sous le nom de procédé du dédoublement et anastomose.

Plaies des tendons extenseurs du ponce. Sutures par anastomose.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 23, 1885.)

Suture du tendon du fléchisseur du pouce.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 372, 1888.)

De l'arrachement sous-cutané des insertions des tendons extenseurs des doigts sur la phalangette; anatomie pathologique et traitement.

(*Archives générales de Médecine*, p. 513, 1891, et *Bulletins de la Société de Chirurgie*, p. 95, 1891.)

Mémoire sur une lésion peu connue; il s'agit de l'arrachement sous-cutané des insertions des extenseurs sur la phalangette des doigts surtout observé au médius et à l'annulaire et survenant par suite d'un mouvement brusque d'hyperflexion.

Nous avons conseillé dans ces cas, lorsque la réunion ne se fait pas d'emblée par l'immobilisation, la suture secondaire des bouts tendineux arrachés à la phalangette.

XVIII

CHIRURGIE DU MEMBRE INFÉRIEUR

Note sur un cas de pseudo-coxalgie.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 23, 1886.)

Présentation d'un malade atteint de coxa-vara gauche.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 1036, 1903.)

Il s'agit d'un jeune homme de dix-neuf ans atteint d'une déviation du col du fémur avec rotation légère du pied en dehors et raccourcissement, déviation qui est démontrée par la radiographie; le col est à angle droit sur le corps au lieu de l'angle obtus ordinaire. Il s'agit d'une coxa-vara qui semble avoir débuté depuis dix-huit mois et qui s'est accentuée sous l'influence d'un traumatisme, il y a six mois environ. Il n'y a chez le malade aucune trace de rachitisme. Peut-être s'agit-il chez lui d'une ostéomyélite de croissance avec déformation du col et hyperostose, la déformation ayant pu être accrue par le traumatisme subi.

Contribution à l'étude de la coxa-vara traumatique.

En collaboration avec R. Siegel, interne des hôpitaux.
(*Revue d'Orthopédie*, 2e série, t. VII, janv., p. 5, 1906.)

Mémoire dans lequel nous montrons, d'accord en cela avec le professeur Kirmisson, Broca, etc., que la coxa-vara est assez fréquemment, chez les enfants et les jeunes gens, d'origine traumatique et consécutive à une véritable fracture, quelquefois méconnue, du col du fémur.

C'était le cas dans une observation d'un jeune homme, entré dans notre service à l'hôpital Cochin, chez lequel la radiographie a manifestement montré

une déformation du col, consécutive à un traumatisme grave de la hanche.

Nous insistons dans ce travail sur les difficultés de diagnostic de ces traumatismes de la hanche.

Présentation d'un ostéome de la région de la fosse iliaque externe développé autour de fragments de verre.

(*Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 342, 1900.)

Des luxations de la hanche compliquées de fracture du fémur.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 809, 1897.)

Presque toujours l'épaisseur des parties molles, les épanchements sanguins concomitants, masquent les déformations, et même la radiographie est quelquefois impuissante, étant donné les masses musculaires épaisses, la graisse qui recouvre le tout, le temps de pose nécessaire, à nous donner des images suffisamment nettes pour affirmer un diagnostic.

Quelle conduite tenir dans ces cas complexes?

Ce qu'il y a de mieux, c'est de faire immédiatement la réduction de la luxation sous chloroforme et de traiter ensuite la fracture.

Si la fracture se consolide sans qu'il soit possible de réduire la luxation et qu'il en résulte des difformités et des impotences considérables, l'arthrotomie avec reposition sanglante a été conseillée. C'est là une intervention très grave, même avec l'asepsie dont nous disposons et nous pencherions plutôt, si elle était possible, vers une ostéotomie oblique sous-trochantérienne.

Transformation d'une luxation ovalaire de la hanche en luxation iliaque, fixation de la tête par la traction continue. Amélioration considérable des fonctions du membre.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 545, 1898.)

Ostéo-sarcome du fémur. Désarticulation de la hanche.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 368, 1892.)

Du diagnostic de l'ostéomyélite et de l'ostéosarcome et d'une forme spéciale de panpériostite du fémur.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 339, 1897.)

Il s'agit d'un cas de périostite de la totalité de la diaphyse fémorale et des épiphyses, se manifestant par une arthrite légère de la hanche et du genou et

un gonflement considérable de tous les tissus de la cuisse; cela sans fièvre aucune, sans réaction générale, évoluant en l'espace de quelques mois et amenant enfin une suppuration périosseuse qui permit de confirmer le diagnostic posé qu'il ne s'agissait pas d'un ostéosarcome, mais bien d'une affection de nature inflammatoire liée au développement du squelette. Le malade âgé de dix-neuf ans, guérit au bout de quatre mois, après incision large et drainage de la collection séro-purulente formée. Il s'agit là d'une lésion infectieuse atténuée voisine de l'ostéomyélite et surtout de cette forme que Gosselin et Ollier ont décrit, sous le nom d'ostéopériostite albumineuse et remarquable dans le cas actuel par l'extension à tout l'os.

Des indications de la résection de la hanche dans le traitement de la coxalgie chez l'adolescent et l'adulte.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 908, 1899.)

A propos d'une communication sur la résection de la hanche dans la coxalgie chez l'adolescent et l'adulte, nous discutons, d'après notre expérience, les indications de cette intervention qui doit être regardée comme grave lorsqu'elle est faite sur les articulations avec destruction et infection avancées et qu'il serait peut-être bon de faire plus précoce. Peut-être alors pourrions-nous espérer de meilleurs résultats opératoires et thérapeutiques.

C'est ce qui semble résulter de trois observations mais surtout de deux cas que nous rapportons.

Résection large de la hanche pour une coxalgie suppurée avec luxation pathologique (Résultats éloignés).

(*Revue d'Orthopédie*, Paris, p. 343, 1894.)

Ostéotomie sous-trochantérienne pour une luxation iliaque avec ankylose.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 387, 1898.)

Deux cas d'ostéotomie sous-trochantérienne pour ankyloses vicieuses de la hanche.

(*Revue d'Orthopédie*, Paris, p. 46, 1892.)

Deux observations montrent les résultats de l'ostéotomie sous-trochantérienne appliquée au traitement des ankyloses vicieuses de la hanche.

Le résultat fonctionnel est excellent dans les deux cas et une grande partie de la déviation a été corrigée.

Anévrysme inguinal. Extirpation.

(*Presse médicale*, p. 137, 1897.)

Leçon destinée à montrer quel doit être le traitement actuel de l'anévrysme inguinal. Il a été nettement démontré, dans un travail de Kirmisson lu à la Société de chirurgie, que les méthodes non sanglantes ne sont pas efficaces. La discussion n'est possible qu'entre la ligature et l'extirpation de l'anévrysme.

Il ne faut pas être exclusif pour l'une ou l'autre méthode de traitement, et agir suivant les indications.

Dans le cas qui s'est présenté à nous, il nous était démontré que nous avions affaire à un sac anévrysmal se remplissant facilement malgré la compression de l'iliaque externe quoique cessant de battre ; nous avons penché vers l'extirpation avec la presque certitude que nous n'aurions pas de gangrène consécutive. L'extirpation a été pratiquée et la réunion s'est faite par première intention. Il s'agissait d'un anévrysme de la fémorale se prolongeant sur l'iliaque externe dans lequel s'ouvraient nombre de collatérales, chez un artérioscléreux variqueux.

Sur un cas d'adénolymphocèle crurale d'origine filarienne.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 804, 1898.)

Il s'agit d'une observation pour ainsi dire unique dans laquelle on trouve dans la tumeur extirpée des fragments du ver adulte de la filaire mort, alors que le sang et la lymphe ne contiennent généralement que des embryons de filaires.

Il s'agissait d'un enfant originaire de la Plata chez qui l'affection se développa un an après son départ de son pays d'origine.

L'extirpation fut assez difficile et nous insistons beaucoup sur la nécessité de faire un assèchement complet de la plaie, en pinçant et liant tous les vaisseaux lymphatiques ectasiés et sectionnés. Chez notre opéré la guérison eut lieu sans lymphorragie sérieuse.

L'examen complet au point de vue histologique a été fait par le Dr René-Marie qui a découvert, comme nous l'avons vu, le ver adulte mort dans les coupes histologiques pratiquées.

Du traitement des fractures de la cuisse.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 8, 1904.)

Sur un cas d'anévrysme artério-veineux de la cuisse.

(*Union médicale*, p. 973, 1884.)

Kyste hydatique du moyen adducteur de la cuisse.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 577, 1894.)

Traitement des hygromas prérotuliens.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 198, 1887.)

Aiguille dans le genou. Radiographie.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 20, 1898.)

Corps étranger traumatique du genou. Arthrotomie. Guérison.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 146, 1890.)

Fracture de jambe vicieusement consolidée. Ostéotomie oblique. Appareil d'Hennequin (Guérison avec un raccourcissement de 2 centimètres).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 859, 1899.
Revue d'Orthopédie, p. 53, 1900.)

Cas de fracture grave avec déplacement considérable en longueur et en épaisseur, chez un alcoolique, et démontrant bien la supériorité de l'ostéotomie oblique combinée à l'extension continue.

La durée du traitement a été de six mois et le blessé a guéri avec une jambe droite, une bonne articulation et un raccourcissement de 2 centimètres à peine.

Du redressement des cals vicieux par l'ostéotomie.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 67, 1889.)

De la conduite à tenir dans les cas de fractures compliquées de la jambe.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 768, 1890.)

Anévrysme de la poplitée. Ligature de la fémorale.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 819, 1886.)

Extirpation d'un anévrysme artério-veineux de la tibiale antérieure à sa sortie du ligament interosseux. Guérison.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 820, 1901.)

Du traitement des fractures de la rotule.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 383, 1890.)

Traitement des fractures récentes de la rotule.

(*France médicale*, p. 577, 1891.)

De la suture de la rotule.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 706, 1891.)

Fracture indirecte de la rotule. Curettage. Excellent résultat fonctionnel.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 177, 1900.)

Du traitement des fractures de la rotule par la suture osseuse.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 265, 1903.)

De la résection du genou sans hémostase et sans drainage.

(*Gazette des hôpitaux de Paris*, p. 733, 1893.)

Résection orthopédique du genou pour un cal vicieux du condyle externe du fémur.

(*Revue d'Orthopédie*, p. 34, 1895.)

Arthrodèse du genou pour une articulation ballante.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 725, 1892.)

Sarcome à myéloplaxes du condyle interne du fémur. Résection typique du genou (Guérison).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 829, 1894.
Revue d'Orthopédie, p. 89, 1899.)

De la conduite à tenir à l'égard du péroné dans les ostéotomies pour fractures non ou mal consolidées des deux os de la jambe (Rapport).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 593, 1896.

Sur un cas d'arthrite tuberculeuse tibiotarsienne guérie par l'arthrotomie.

(*Bulletins de la Société médico-pratique*, p. 29; 1888.)

Luxation du pied en haut dans une diastase par fracture tibiopéronière.

(*Progrès médical*, p. 671, 1879.)

Sur les fractures bimalléolaires en particulier la fracture de Dupuytren.

(*Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, 21 novembre 1906.)

Résection de l'astragale pour luxation irréductible du pied.

(*Bulletins de la Société médico-pratique*, p. 94, 1887.)

Résultats lointains de la conservation dans un cas de tuberculose diffuse et étendue du tarse et du métatarse (Guérison au bout de cinq ans).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 185, 1889.)

De la fracture par écrasement des deux calcanéums (Résultats lointains).

(*Revue d'Orthopédie*, t. VI, 2e série, p. 481, 1905.)

Du traitement chirurgical des pieds bots.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 148, 1890.)

Sur une observation du pied bot osseux varus. Ablation de l'astragale et du scaphoïde (Rapport).

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 90, 1889.)

Des différentes espèces de pieds bots et leur traitement.

(Thèse d'agrégation, chirurgie, 246 pages, 1883.)

De l'arthrodèse tibiotarsienne pour un pied bot paralytique varus équin.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 94, 1892; p. 205, 1893. *Revue d'Orthopédie*, p. 103, 1892.)

Un cas d'arthrodèse tibiotarsienne pour un pied équin paralytique ballant.

(*Revue d'Orthopédie*, p. 218, 1896.)

De l'arthrodèse dans les cas de pieds bots paralytiques.

En collaboration avec M. H. Rieffel, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

(*Revue d'Orthopédie*, p. 32, 81, 1893.)

Mémoire basé sur trois observations personnelles et dont voici les conclusions au point de vue des indications de l'arthrodèse dans les cas de pieds bots paralytiques et au point de vue du procédé :

1° L'arthrodèse doit être faite de préférence par la voie externe qui donne plus de jour, ménage tous les organes importants de la région, ne nécessite pas l'ostéotomie du péroné et permet, si on découvre des lésions osseuses avancées, de changer séance tenante le plan opératoire.

2° Chez les individus atteints de pieds ballants, soumis à des travaux pénibles, chez lesquels le port des appareils est, pour une raison quelconque impossible, l'arthrodèse tibiotarsienne constitue le traitement de choix.

3° Elle est encore indiquée dans les pieds bots paralytiques irréductibles, lorsqu'ils ont résisté à l'emploi des ténotomies multiples et des appareils prothétiques.

Du traitement du pied plat valgus douloureux et rebelle par la tarsectomie cunéiforme interne.

(*Revue d'Orthopédie*, p. 241, 1893.)

Pied plat valgus douloureux.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 506, 1893.)

Tarsalgie droite rebelle sans pied plat. Tarsectomie cunéiforme. Agrafage de Jacoël.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 313, 1903.)

Note sur le traitement chirurgical de l'hallux valgus.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 531, 1901.)

Résection articulaire pour orteils déviés.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 584, 623, 1888.)

Du traitement chirurgical de l'orteil en marteau.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 321, 1887.)

Traitement chirurgical de l'ongle incarné.

(*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, p. 410, 1887.)

Paralysie infantile du membre inférieur gauche.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, p. 620, 1893.)

Il s'agit d'un malade atteint de paralysie infantile presque totale des muscles du membre inférieur donnant lieu à un pied ballant et à une jambe de polichinelle. Ce malheureux jeune homme ne peut circuler qu'avec des béquilles.

Je lui pratiquai : 1° la fixation de l'articulation du cou-de-pied par une arthrodèse tibiotarsienne; 2° la fixation de l'articulation du genou par une résection économique orthopédique.

J'obtins de la sorte un très bon résultat fonctionnel. Ce jeune homme peut, en effet, s'appuyer sur son membre avec une canne, grâce à la conservation de l'énergie des muscles de la racine du membre.

Exostoses ostéogéniques multiples; hyperostose sus-malléolaire interne ayant donné lieu à un pied valgus. Redressement du pied après ostéotomie sus-malléolaire cunéiforme.

(*Revue d'Orthopédie*, p. 337, 1900.)

TABLE DES MATIÈRES

1665-06. — Coulommiers. Imp. BRODARD. — 1-07.